

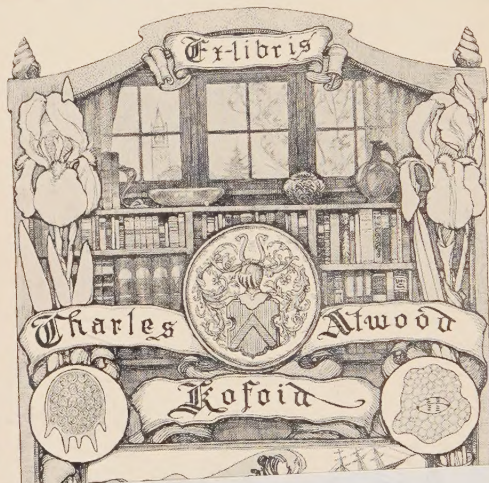
THESIS. LEIDEN. 1896.

OVER TUBO-UTERINE

GRAVIDITEIT.

N. J. ROOSWINKEL.

LEIDEN. - ED. IJDO, - 1896



MEDICAL



LIBRARY

Gift of
Mr. William Wreden



OVER TUBO-UTERINE GRAVIDITEIT.

OVER TUBO-UTERINE GRAVIDITEIT.

PROEFSCHRIFT

TER VERKRIJGING VAN DEN GRAAD VAN

DOCTOR IN DE GENEESKUNDE,

AAN DE RIJKS-UNIVERSITEIT TE LEIDEN,

OP GEZAG VAN DEN RECTOR-MAGNIFICUS

D^R. K. MARTIN,

HOOGLEERAAR IN DE FACULTEIT DER WIS- EN NATUURKUNDE,

voor de Faculteit der Geneeskunde te verdedigen

op DONDERDAG 7 MEI 1896, des namiddags ten 4 ure,

DOOR

NICOLAAS JOHANNES ROOSWINKEL,

Arts te Rijkp-Wetering.

GEBOREN TE SNEEK.



LEIDEN. — EDUARD IJDO.

1896.

Amst

STOOMDRUK EDUARD IJDO. — LEIDEN.

AAN MIJNE MOEDER

EN

DE NAGEDACHTENIS MIJNS VADERS.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Aan het einde van dezen arbeid, geef ik uiting aan een diepen aandrang van mijn gemoed, U Hooggeleerden Treub, dank te zeggen voor den steun en de opwekking mij daarbij gegeven. Bij den „versumpfenden” invloed, die elke plattelandspraxis op den jongen medicus uitoefent, waart Gij het steeds, die mij tot een meer zuivere sfeer van hooger idealen wist op te voeren. Uw voorbeeld zal verder zorg dragen, dat het medisch kennen en kunnen, het medisch streven, niet in een bloote routine ontaarden zal. U allen, Hoogleraren, Lectoren, makkers, die mij hebben geleid, waarmede ik streefde en werkte en leefde, voor al wat gij voor mij waart, mijn innig gevoelden dank.

I.

In het jaar 1817 beschreef HEDRICH in HORN's archief het volgende buitengewone geval van zwangerschap:

Een boerin van 35 jaren, die in geen 2 maanden gemenstrueerd had en zich daarom na drie gelukkige bevalingen voor de 4^e maal zwanger dacht, kreeg op een avond, van het veld komende, plotseling heftige kolieken, waarop brakingen volgden. Verder had de vrouw heftigen dorst, een algemeen gevoel van koude, flauwten, partieele paralyzen met spasmen afwisselende. Deze verschijnselen verergerden snel, ofschoon de koliek-pijnen ophielden, en den volgenden morgen te elf ure stierf patiente.

Bij de opening van de buikholte vond men deze vol bloed en daarin de vergroote baarmoeder. Zij scheen op het gevoel ledig en hare basis verhief zich tot het vlak van den bekkeningang.

Op de rechterzijde van de baarmoeder bemerkte men een hydatide ter grootte van een noot; op de linkerzijde ontdekte men echter een roode verhevenheid, waarop vele bloedvaten verliepen, die het geheel het aanzien van ontstoken weefsel gaven. Op deze verhevenheid in het dunste deel van den wand, vortoonden zich twee scheuren, die toegang gaven tot een zakvormige holte, die een embryo van 11 à

12 weken bevatte, gehuld in amnion en chorion — en op deze membranen de rudimenten van een placenta. — Deze holte was van de eigenlijke baarmoeder-holte geheel gescheiden, welke laatste veel vergroot was en bekleed met een wollige membraan.

De plaats van de uitmonding der linker tuba was niet te vinden.

Wanneer men de teekening, die prof. CARUS van Dresden van dit geval gemaakt heeft en waarvan prof. BRESCHET van Parijs in zijn „Mémoire sur une nouvelle espèce de grossesse extra-utérine” een afdruk geeft, nauwkeurig bekijkt, kan men hieraan het volgende opmerken:

1^e Links, als het ware boven op de baarmoeder ligt de vruchtzak met de vrucht.

2^e Met breede basis, geleidelijk, zonder eenige insnoering, gaat de tumor in den uterus over, welks wand naar den tumor toe zich meer en meer verdikt.

3^e De geheele baarmoeder schijnt naar rechts omgeknikt zóó, dat de rechter tuba met ovarium een weinig naar onderen gericht is.

4^e De linker tuba is in de linker zijde van den tumor geïmplanteerd en iets meer naar boven gericht dan de rechter.

II.

In het jaar 1825 heeft prof. Dr. MAYER van Bonn een boekje in het licht gegeven, getiteld: „Beschreibung einer Graviditas interstitialis uteri nebst Beobachtungen über die merkwürdigen Veränderungen, welche die weiblichen Genit. und nam. der Uterus in hohem Alter erleiden.”

Daarin beschrijft hij een spiritus-praeparaat, afkomstig van Dr. ALBERS van Bremen. — Daar dit praeparaat niet

door ALBERS zelf beschreven is, maar door diens plotselingen dood zijn kabinet in handen van prof. MAYER geraakt is, en het daarbij zeker is, dat hierin meerdere gevallen van buiten-baarmoederlijke zwangerschap aanwezig waren, zoo is het niet waarschijnlijk, dat dit praeparaat afkomstig is van de vrouw, wier historia morbi ALBERS aan BRESCHET gezonden heeft. — ALBERS toch spreekt van een foetus, die vrij uit de buikholte kwam, en in het praeparaat, dat prof. MAYER beschrijft, bevindt zich de foetus nog in den vruchthouder.

Overigens gelijkt dit praeparaat in vele opzichten op het vorige, en wel:

1^e Is de baarmoeder vergroot en bevat een viltachtige membraan.

2^e Is de uterus sterk opgezet aan de linker bovenzijde — dicht bij de insertie van de linker tuba.

3^e Is de holte, waarin zich het ei bevindt, geheel afgescheiden van de baarmoederholte.

4^e De inwendige uitmondingsplaatsen van l. en r. tuba zijn wel te zien, doch beide gesloten.

Verder merkt men bij beschouwing van het plaatje, dat prof. MAYER geeft, op, dat:

5^e De vruchtzak zich links boven den uterus bevindt.

6^e De vruchtzak, langzamerhand zich verbreedend, geleidelijk in de baarmoeder overgaat.

7^e De baarmoeder een lichte torsie naar rechts vertoont, zóó, dat de sterk uitgezette spoelvormige rechter tuba een weinig naar onderen gericht is.

8^e De linker tuba zich in den zijwand van den vruchthouder insereert en hooger dan de rechter tuba aan de baarmoeder staat.

III.

In het volgende jaar schreef prof. BRESCHET, juist naaï aanleiding van een, door hem onderzocht, praeparaat, zijn „Mémoire sur une nouvelle espèce de grossesse.” Dit praeparaat had hij van Dr. BELLEMAIN, die de lijkopening had verricht.

De vrouw, aan wie deze baarmoeder had behoord, was den 10den Juni 1823 ernstig ziek geworden, onder verschijnselen van heftige braken, heftige pijnen in den buik, die zich tot het rectum uitstrekten, flauwten en een algemeen zwaktegevoel, bleekheid van gelaat en lippen, een kleinen pols en langdurige bewusteloosheid. Hoewel men rust en een krampwerend drankje voorschreef, werden de pijnen nog erger en ondanks bloedzuigers en halve baden stierf de patiente den volgenden morgen onder heftige pijnen. Men had pat. per vagin. onderzocht en een vergrooting van de baarmoeder waargenomen zonder verwijding van den hals. Daar de drie consult-geneesheeren tot geen diagnose konden komen, werd tot sectie besloten.

Bij de opening der buikholte vond men hierin een aanzienlijke hoeveelheid bloed, gedeeltelijk vloeibaar, gedeeltelijk gestold. De vergroote uterus was nog niet boven den bekkeningang gestegen, en vertoonde links in zijn fundus een scheur. Deze scheur was door het weefsel van den uterus heen gegaan en ook het peritoneum was stuk, toch bestond er geen communicatie tusschen de buikholte en de uterusholte. Een foetus met zijn vliezen kwam uit die scheur te voorschijn. De geopende baarmoeder was bekleed met een decidua en vertoonde aan den linker bovenkant een holte. De dikte van de baarmoeder was 16—18 streep. BRESCHET geeft hierbij echter niet aan, wat wij als be-

langrijk meedeelen en duidelijk uit de bijgevoegde gravure blijkt, dat de wand van de baarmoeder aan de *linkerzijde*, waar de holte zit, juist het dikst en hier dus klaarblijkelijk 18 streep is.

Verder volgens BRESCHET's beschrijving zijn de ovariën gezond, de rechter tuba is in haar bovenste helft geoblitereerd, die van den linker kant is het over haar geheele uitgestrektheid.

De holte, die den foetus herbergt, is in de zelfstandigheid van den baarmoeder-fundus gevormd, boven de implanting van de linker-tuba. De holte is met geen enkele membraan bekleed, hare oppervl. vertoont de openingen van een groot aantal vaten of uterus-sinus. Hierin waren de cotyledonen ontwikkeld, die de rudimenten van een placenta vormden. De wand, die deze holte van de uterus-holte scheidde, was $\frac{1}{2}$ duim dik, maar de dikte van den bovenwand bedroeg slechts 2 streep.

Dus uit beschrijving en beschouwing van de afbeelding bemerken wij de volgende eigenaardigheden:

- 1^e De baarmoeder is vergroot en met een decidua bekleed.
- 2^e De holte, waarin zich het ei bevindt, is — geheel afgescheiden van de baarmoederholte — in den wand der baarmoeder.
- 3^e De uterus is ongelijkmatig uitgezet en wel het sterkst aan den linker bovenkant.
- 4^e De tubae zijn aan hun uterine uiteinden gesloten.
- 5^e De vruchtzak bevindt zich links boven de baarmoederholte.
- 6^e De wand van den vruchtzak gaat, geleidelijk zich verbreedend, zonder scherpe grens of insnoering in de baarmoeder over.

7^e De rechter tuba staat lager dan de linker tuba, zoodat het is, alsof de baarmoeder een weinig naar rechts gedraaid is.

8^e de linker tuba insereert zich aan den onderkant van den vruchtzak.

IV.

In het jaar 1840 publiceerde Dr. ROSSHIRT in het „Neue Zeitschrift der Geburtskunde” een merkwaardig geval van buiten-baarmoederlijke zwangerschap, zooveel te merkwaardiger nog voor ons, omdat de vrucht voldragen was en hierin op dat van Prof. TREUB gelijk, dat door hem met gunstig gevolg werd geopereerd, en dat de aanleiding was, dat wij de studie van deze soort van zwangerschap meer nauwkeurig ter hand namen. Terwijl evenwel bij TREUB's geval de vrucht secundair in de peritoneaal-holte kwam, bleef hier de vrucht extra peritoneaal.

Het geval betrof een dagloonersvrouw van 37 jaren, die viermaal normaal gebaard had, doch waarbij ROSSHIRT in consult geroepen werd, toen zij op het eind van haar vijfde zwangerschap gekomen, reeds gedurende 14 dagen vruchteloos heftige weeën had doorstaan.

De vrouw vertelde, dat zij, drie maanden zwanger zijnde van dit vijfde kind, door haar man mishandeld geworden was en den volgenden dag heftige pijnen in den buik had gehad, zóó, dat ze gedwongen geweest was, eenige dagen te bed te blijven. Deze pijnen traden in het verloop der zwangerschap eenige keeren spontaan op.

Bij het onderzoek vond hij het kind uiterst duidelijk onmiddellijk achter de buikbekleedselen liggen, precies in de mediaanlijn, met het hoofd boven den navel en den romp tot bijna op de symphyse afdalende. In de linker lendenstreek

werd heftige pijn geaccuseerd. Hier had een voet achter de buikbekleedselen gepromineerd. In de buurt van den navel onregelmatige duidelijk foetale harttonen te hooren.

Bij inwendig onderzoek vond hij den baarmoedermond zoover geopend, dat hij twee vingers voorbij het ost. int. kon brengen. Hij hield deze rustig in de baarmoederholte tot een wee optrad, hetgeen hij duidelijk kon voelen, doordat zijne beide vingers door de zich samentrekkende baarmoeder over elkaar werden geschoven. De baarmoederholte was ledig en ontlastte vliezige stukken, die resten van een decidua waren.

De diagnose werd gesteld op gravid. abdominalis. De indruk, dien de vrouw maakte, was hoogst lijdend, en zij wachtte kalm den dood af. De buik was niet pijnlijk en er waren geen teekenen van ontsteking.

Volgens hetgeen ROSSHIRT zelf in zijn „Anzeigen bei den gebürtshülftichen Operationen” leeraarde, vond hij de „Sectio Caesarea” niet aangewezen, daar hij overtuigd was noch de moeder, noch het kind te kunnen redden. — Men liet beiden dus kalm doodgaan.

Bij de lijkopening vond men het peritoneum om den foetus zakvormig uitgestulpt, en daarin 2—3 Liter stinkend vocht (vruchtwater?) Het voldragen kind vond men in de rechter buikhelft. De zeer groote placenta was met het colon ascendens vergroeid. Toen men deze wilde verwijderen, vond men, dat zij ook met de baarmoeder in innig contact stond, en toen men ze met geweld lostrok, scheurde de fundus uteri in, zoodat het leek, alsof er een rupt. uteri had plaats gehad. L. ovar. was duidelijk te herkennen, r. ovarium zoo vergroeid, dat het bijna niet te herkennen was.

Bij de opening van den uterus volgens een sneê langs de voorvlakte bleek, dat het zakvormig uitgestulpt periton. in samenhang was met het peritoneum, dat den uterus over-

trok; de vrucht had zich dus ontwikkeld tusschen het peritoneum parietale uteri en het eigenlijke uterusweefsel. De eivliezen kon men van dit vlies aftrekken. De fundus uteri vertoonde daar, waar de placenta had vastgezet en een groeve, die door een dunne laag van de baarmoederholte gescheiden was. Aan den rand hingen groote lappen peritoneum, die gedeelten van den verscheurden zak waren en continu in het peritoneum, dat de baarmoeder bekleedde, overgingen.

De placenta ging van de groeve op het peritoneum over.

In de groeve verliepen sterke venen, van dezelfde hoedanigheid als men gewoonlijk op die plaats in den uteruswand vindt, waar de placenta vastzit. L. tuba mondde in de uterusholte uit. Rechter tuba was gesloten. De sonde was echter wel door te voeren, tot de groeve, de plaats waar de placenta had vastgezet. De baarmoederholte zelf had hetzelfde uitzicht als in de vorige gevallen.

ROSSHIRT geeft bij dit relaas een afbeelding van het praeparaat, en hoewel hij er geen gewag van maakt, vallen een ieder terstond de volgende bijzonderheden in het oog:

1^e De zoogenaamde „groeve” schijnt op den fundus te zitten, en de r. tuba trekt hierheen.

2^e Links beneden mondt de linkertuba uit.

ROSSHIRT zelf komt tot de slotsom, — trouwens de eenig denkbare, — dat de vrucht zich de eerste drie maanden in den wand van de baarmoeder heeft ontwikkeld, dat toen de buitenwand van de holte, in den wand van de baarmoeder is gebarsten, terwijl het peritoneum heel bleef, dat de groeiende vrucht verder het peritoneum voor zich uit gedreven heeft, andere contacten heeft aangegaan en zich aldus verder een zoogenaamde intraligamenteuze zwangerschap heeft ontwikkeld. De aanhoudende sterke weëen

schrijft hij aan het innig contact van de placenta met den wand van de baarmoeder toe.

V.

In het jaar 1841 schreef A. G. CARUS, de zoon van prof. CARUS te Weenen een dissertatie over int. zwangerschap.

Hij beschrijft daarbij een praeparaat, dat zijn vader van Dr. HOHNBAUM gekregen had. Het was afkomstig van eene vrouw van 36 jaren, die voor zes of zeven jaren van een gezonden jongen bevallen, en verder altijd gezond geweest was. Voor 10 dagen had zij veel pijn in den buik gehad. Er werden warme dranken gegeven, waardoor die pijnen verdwenen. 's Avonds kreeg ze echter cholera, die toen daar ter plaatse heerschte. Eerst braakte ze heftig; daarna buikpijn, zij weigerde echter geneeskundige hulp, gebruikte warme thee en ging te bed. Zoo bleef ze tot 's anderen morgens en werd toen stervende gevonden. Bij de sectie werd de uterus er uitgenomen, die door CARUS aldus beschreven wordt:

„Uterus vergroot, tuba ovar. en liggam. rechts geheel verwijderd, links gedeeltelijk. De vorm was pyramidaal, het collum een duim lang en het orificium rond en een weinig geopend, de wand stevig en dik, wit van kleur en links boven, waar een uitpuiling bestond, ingescheurd. Deze plaats was een weinig met bloed geimbibeerd.

Bij den fundus leek de uterus asymmetrisch — de linker helft was sterk opgezwollen en vormde een holte, die een 5-maands ei herbergde. Als men die holte nauwkeurig onderzocht, merkte men, dat zij ter plaatse was, waar men de tuba door den uteruswand moest trekken; bracht men er echter een sonde in, dan kon die op $1\frac{1}{2}$ duim voor het ost.-ut.

niet meer doordringen en was daar gesloten. De scheur was bijna circulair, $1\frac{3}{4}$ duim breed en voor het grootste deel gevuld met de placenta. Er bestond geen communicatie tusschen het cavum ut. en de vruchtholte. Het ei zat normaal in zijn vliezen, hier en daar met chorionvlokken bedekt. De foetus was van het vrouwelijk geslacht, goed gevoed en ter grootte van een vrucht van 5 maanden. De ut. zelf was vergroot en de wanden verdikt en bekleed met decidua.

Uit de teekening blijkt:

- 1e De baarmoeder is asymmetrisch gegroeid en wel links veel sterker dan rechts, zoodat zij links promineert.
- 2e De holte van de baarmoeder heeft daardoor eene ombuiging naar rechts ondergaan.
- 3e De vrucht ligt links boven de baarmoeder.

VI.

Het vijfde geval, van BRESCHET, door hem in zijn boekje beschreven, betrof eene vrouw van 28 jaren, die voor het eerst zwanger zijnde, na twee dagen brakens, onder de teekenen van inwendige verbloeding stierf. De chirurg, die de lijkopening verrichtte, vond een vrucht van 8 maanden vrij in de buikholte liggen, en in den fundus uteri een uitgebreide verscheuring. De uterus, die overigens zich geheel normaal tot de omgeving verhield, bestond uit twee boven elkander gelegen holten. De bovenste holte nu, welker wand verscheurd was, had het kind geherbergd, en bevatte nog de placenta, die gedeeltelijk op het tusschen-schot tusschen onderste en bovenste localiteit geïnserieerd was. Opvallend was volgens BRESCHET de positie van de tubae. Rechts ging de tuba geheel omhoog als het ware

van den rechterhoek van de baarmoeder af, terwijl hij links beneden als het ware in het midden van de linkerzijde ingeplant scheen. De lijn nu, die de beide tubae verbond, kwam juist met den wand tusschen de beide localiteiten overeen. De onderste- eigenlijke baarmoederholte was weer even als bij de vorige gevallen met een decidua bekleed.

Ofschoon BRESCHET geen afbeelding van dit geval geeft, behoort het typisch bij de andere hier beschreven gevallen; en wel: om de ontwikkeling der holte, die de vrucht bevat *boven* de eigenlijke baarmoederholte, om de typische plaatsing der tubae, die een draaing van den fundus moeten veronderstellen naar den linker kant.

VII.

In het Jahrbuch van FROMMEL van 1856 heeft RAMSBOTHAN een zeer wonderbaarlijk geval van zwangerschap beschreven. — Het geval betrof een 25jarige vrouw, die eenige malen geaborteerd had en nu 2½ jaar geleden voor het laatst zwanger geweest was. — Zij had duidelijk zeer pijnlijke kindsbewegingen gevoeld, die echter 3 weken voor dat zij weeën kreeg, opgehouden hadden. Toen zij weeën kreeg werd een accoucheur ontboden, die gedurende 48 uren bij de vrouw gebleven was. Behalve een bloederige vloeistof en wat vlokken, raakte de vrouw echter niets kwijt - - en de weeën hielden gaandeweg op. --- Gedurende eenige weken had ze ook werkelijk een soort van lochienafscheiding, die ook bedaarde. De toestand bleef verder zoo hangen, behalve dat pat. om het halfjaar ongeveer heftige pijnen in buik en onderlijf had en voortdurend zwakker en zwakker werd. Zoo tobde ze een paar jaar voort, schreef die heftige pijnen aan „rheumatiek” toe en hield zich verder

voor gezond. — Juist voor zoo'n „rheumatiek” aanval werd RAMSBOTHAN geconsulteerd, die de pat. zeer kacheetisch vond. Bij navraag bleek zij te lijden aan een sterken witten vloed. Bij palpatie der buikholte werd in de streek der linea alba een harde tumor gevonden, die van het kleine bekken uit tot boven den navel reikte. De baarmoeder was vergroot en voelde hobbelig aan — de baarmoeder-mond gewoon. — De pat. leed aan diarrhoeën, waarbij zij groote massa's rottende, stinkende materie kwijtraakte, waarin half verrotte vleesch-massa's van den foetus te herkennen waren. Uit de vagina vloeide voortdurend een klein quantum etterachtige vloeistof.

Eindelijk na $2\frac{1}{2}$ jaar lijdens stierf deze vrouw.

Bij opening van de buikholte werd gevonden, dat het col. transvers. in de navelstreek met de baarm. vergroeid was. Na voorzichtige lospelling werd een gat in den darm gevonden ter grootte van een rijksdaalder. Deze opening communiceerde met een holte in den wand van den uterus. Deze holte had de grootte van 2 handen, en bevatte de beenderen van een bijna geheel van de weeke deelen be-roofden foetus. Een stuk van een der lange beenderen stak nog gedeeltelijk in de holte — gedeeltelijk in het colon. —

Er bestond ook nog een kleine communicatie tusschen de holte en den endeldarm. De linker ovar. en de l. tuba waren niet te vinden, ze schenen in de vergroeiingen met den endeldarm geheel verdwenen te zijn. De geheele rechterkant van den uterus en de geheele fundus waren door den tumor ingenomen. Het rechter ovar. had de helft van de normale grootte en bezat de sporen van een corpus luteum. De franjes van den rechter eileider waren vrij. De uterus-holte was in het bovenste deel der cervix rechthoekig omgebogen naar links, zóó dat de fundus juist naar de l. f. iliac.

gericht was — en zonder twijfel door den voortgroeïenden tumor naar beneden gedrongen. Overigens was de holte gewoon, zooals in al deze gevallen, bekleed met een decidua. Er bestond geen communicatie tusschen vruchthouder en baarmoederholte. Het geval is werkelijk in een opzicht van de voorgaande te onderscheiden, dat de vruchthouder hier zoo bijzonder groot is geworden, dat ze de bijna voldragen vrucht nog bevatten kon, en dat hier geen doodelijke bloeding een eind aan het leven der vrouw heeft gemaakt.

VIII.

In 1865 is er een nieuw geval van onze soort van zwangerschap gepubliceerd uit de *Verhandl. der Gesellschaft für Geburtskunde in Berlin in het Monatschrift für Geburtskunde*". Het geval is openbaar gemaakt door Dr. JUNGE.

Het betrof een 36jarige vrouw, ROSALIE C., die voor drie maanden nog gemenstrueerd had en nu met klachten over gebrekkige defaecatie in het ziekenhuis kwam. Ze werd met een dosis wonderolie naar huis gestuurd, zou echter in een ziekenhuis opgenomen worden. Voor dien tijd collabeerde ze evenwel — en stierf. Bij de sectie werden in den darm kolossale faeces-massa's gevonden, doch bovendien de kleine bekkenholte opgevuld met bloedcoagula. De uterus was vergroot en vertoonde op een zijner hoeken, daar waar de tuba zich inplante een gezwel, dat ingescheurd was, en waarin zich een ei bevond. De ontwikkeling van het ei had plaats gevonden op de plaats, waar de tuba den uterus doorboort en had daar ter plaatse de spierbundels van de baarmoeder uit elkaar gedrongen. Er bestond een open verbinding tusschen oviduct en vruchtzak, zoowel als tusschen vruchtzak en baarmoederholte. Het ei was dat van een vrucht van drie maanden.

In het jaar 1878 publiceerde LEOPOLD in het „Archiv für Gynecologie” een geval van buiten-baarmoederlijke zwangerschap. Het betrof een zekere vrouw D., oud 36 jaren, die driemaal gebaard had. Voor drie jaren had zij een abortus gehad, die zeer ernstige verschijnselen teweeg had gebracht, zóó, dat zij slechts zeer langzaam herstelde. Den 24^{en} Juni 1878 trad na een pauze van 10 weken een lichte menorrhagie op, die door de familie der vrouw voor een beginnenden miskraam werd aangezien. Maar de vrouw zelf meende de mogelijkheid van eene zwangerschap met alle zekerheid te kunnen uitsluiten, op grond dat zij nu niets gevoeld had van de ernstige bezwaren, die anders altijd onmiddellijk na de conceptie intraden.

Den 26^{en} Juni werd zij 's middags na eene lichamelijke inspanning plotseling door zulk eene profuse storting overvallen, dat zij in korten tijd ongeveer een halve waschkom bloed verloren had. De geroepen collega Dr. SÄNGER, had, wegens de dreigende uitputting en de kolossale anaemie, nog maar juist den tijd om de scheede geheel te tamponeren.

In de bloedmassa's vonden noch LEOPOLD noch SÄNGER bij het nauwkeurigst onderzoek eiviliezen of stukken er van, of een foetus, zoodat men moest denken, dat de foetus zich nog in utero bevond.

Maar bij uitw. onderzoek der vrouw vond men het volgende: Rechts van den uterus, die ongeveer ter hoogte van den navel stond, voelde men duidelijk door den slappen buikwand heen een tumor, die als een subseruus fibroom imponeerde; hij had de grootte van een hoenderei en een breede basis.

Daar de intelligente vrouw elke idee van zwangerschap verwierp, werd als oorzaak der bloeding aan een subseruus fibroom met een wellicht even groot submucosus fibroom gedacht.

Deze twijfel of er wel zwangerschap in het spel was, verkreeg door het verdere verloop meer en meer vasten voet. Want toen den 27^{en} de tampons verwijderd werden, had de uterus zich bepaald verkleind. Van uitw. bloeding was niets meer te bemerken en de krachten keerden terug. Bij inwendig onderzoek kwam men gemakkelijk door het wijd geopende ostium een eind ver in de baarmoederholte, waar van een ei niets te vinden was. Daar echter elke sterke druk op den tumor vermeden werd, bleef voorloopig nog onbepaald of er niet nog kleine stukjes van een nog altijd te veronderstellen ei waren blijven zitten.

Den volgenden dag bloeding geheel opgehouden. Uterus nog meer verkleind; fundus stond 3 vingers onder den navel. Hierbij moet echter niet vergeten worden, dat de laatste dagen niet meer getamponneerd was, en dus de hooge stand van de tamponade afhankelijk had kunnen zijn.

Tot 4 Juli bij algeheele bedrust was patient volkomen goed en koortsvrij. In den namiddag een nieuwe bloeding! Daar de huisdokter nog steeds de idee van een abortus in zich omdroeg, legde hij 's avonds den colpeurynter aan. Daarop zou 's nachts een massa, die eenigszins op een placenta geleek afgedreven zijn, zij werd echter niet bewaard. De bloeding werd 5 en 6 Juli nog een weinig waargenomen. daarom bleef de colpeur. liggen. Toen de huisdokter den 7en Juli de zieke terug zag, had zij juist een duchtige koorts gehad. Daar men nu voor achtergeblevene restes van een placenta bevreesd was, werd de geheele baarmoederholte nogmaals nauwkeurig betast, geen spoor van een vreemd lichaam gevonden, zelfs niets van een aanhechtingsplaats der placenta gevoeld. Het eenig opmerkenswaardige bij het onderzoek was, dat de wijsvinger in den toch reedsvergrooten uterus een sterke uitholling naar rechts boven, over-

eenkomstig het uitwendig te voelen gezwel vond. Ondanks alle antiseptische en antiphlogistische maatregelen stierf de vrouw den 10en Juli. Dr. HUBER verrichtte 's middags de sectie. Na opening der buikholte, vond men versch ontstoken, aan elkaar gekleefde darmlussen. Zij werden omhoog gehaald. Toen vond men naar de rechter uterusstreek toe geronnen bloedmassa's, doch lang zoo veel niet als men gewoonlijk bij ruptuur van interstitieele zwangerschap te zien krijgt. Deze werden verwijderd.

Nu presenteerde zich de hypertrophische uterus, met een gezwel rechts in den fundus gelegen, dat gebarsten was en de grootte van een hoenderei had. De oppervlakte gelek volgens Dr. HUBER op een aangesnedene, pas gekookte bloedworst.

Nadat de geheele tractus genitalis uit het lijk genomen was, vertoonden zich aan de baarmoeder de volgende bijzonderheden:

De baarmoeder zette zich naar rechts en naar boven, in een tumor voort, die tot aan het midden duidelijk met de serosa uteri bekleed en daarboven ingescheurd was.

Hier eindigde hij met een getanden rand, hij scheen uiteengedrongen door een verwarde met bloed doortrokken massa. Bij een coupe door de baarmoeder en door het gezwel, bleek dat het slijmvlies van de cervix gaaf, van de uterusholte met decidua restes bekleed was en in geen verbinding hoegenaamd met de holte stond.

Het doorgesneden gezwel vertoonde ongeveer den vorm van een halve maan, waarvan de hoorns de gebarsten pool vormden. De holte gelek nauwkeurig op een uterine eiholte waarin, na spoedige ondergang van den foetus, bloeduitstortingen in placenta en eivliezen hadden plaats gehad.

In de bovenste pool van het ei, waren de dunne wanden

naar het schijnt laag voor laag gebarsten, de eiholte zelve was niet geopend.

Beide tubae waren voor een fijne sonde toegankelijk en leidden rechts naar de eiholte, links naar de uterusholte. Ovaria normaal, rechts een corp. lut.

Daar de overigens goed gevormde genitaliën niet door adhaesie of knikkingen iets abnormaals vertoonden, werd, om de oorzaak van deze bijzondere soort van zwangerschap te vinden, den loop der tuben van de inmondingsplaats in de baarmoeder af, met een scherp scheermes, snee voor snee gevolgd.

En nu bleek, dat de linker tuba onder de serosa een centimeter over den fund. uteri liep en daar met een hoek van 90° loodrecht den wand der baarmoeder doorboorde.

Door rechts zorgvuldig snee voor snee te bestudeeren, kwam men tot een helder inzicht van den loop der rechter tuba. Nadat de tuba in de spiermassa van den uterus was getreden, trok zij met een sterken convexen boog achter op den vruchtzak ter halver hoogte, en boog zich dan eveneens met een rechten hoek naar onderen om, terwijl zij daarna aanmerkelijk wijder werd, en ter lengte van 1 cM. met 4—5 slijmvlies-polypen was opgestopt, en dan terstond in de wijde met bloedmassa's gevulde eiholte overging. Hier verloor zij zich geheel en van een verdere voortzetting in de baarmoederholte was niets te vinden.

LEOPOLD kwam dan ook tot de conclusie dat het eitje zich tusschen tegen elkaar geperste slijmvlies-polypen vastgenesteld moest hebben.

LEOPOLD vermeldt in dezen uitgebreiden casus niet, maar toch aan het bijgevoegde plaatje is 't duidelijk te bemerken, dat de rechter tuba veel hoger boven in het gezwel in-

sereert, terwijl de linker tuba links onlaag uit de baarmoeder gaat.

Ook niet dat de geheele uterus een eigenaardig gedraaid voorkomen heeft, alsof zijn rechter kant zich veel meer ontwikkeld heeft dan zijn linker.

Evenwel komt hij toch tot de conclusie, die wij vooral op de laatst genoemde gronden onderschrijven, van een rechtszijdige interstitieele zwangerschap met een gebarsten vruchszak van twee maanden, zonder foetus en amnion.

De vrucht zou door den grooten druk in de tuba vroeg zijn afgestorven en geresorbeerd. Dit afsterven zou dan ook de oorzaak geweest zijn, dat de vrouw geen subjectieve klachten van zwangerschap had.

LEOPOLD zelf verklaart, dat, indien de juiste diagnose intra vitam gesteld was, hetgeen door de bijzondere complicaties zeer lastig was, operatief had moeten worden opgetreden.

X.

In het 9^e deel van de „Obstetrical transactions”, die in 1870 verschenen, beschrijft BRAXTON HICKS het volgende geval van buiten-baarmoederlijke zwangerschap:

Mejuffr. T., oud 35 jaren had in 1864 haar eerste kind gebaard, waarbij eerst het lichaam en den volgenden dag pas het hoofd was te voorschijn gekomen.

Den 8sten December 1866 aborteerde zij een vrucht van 6¹/₂ maand. Daar er geen nageboorte kwam, bracht de te hulp geroepene obstetricus „Dr. PEACHER” zijn hand in de uterusholte, doch kon alleen een gescheurde opening in den wand constateeren, waarin hij iets zachts voelde. Zonder veel te manipuleeren haalde hij zijn hand terug en tamponeerde. Deze behandeling had aanvankelijk gunstig ge-

volg. Op den 10^{den} dag evenwel traden heftige pijnen in het abdomen op, die al heftiger werden, en waarbij zich alle teekenen van een inwendig bloedverlies voegden. Den volgenden dag collabeerde de vrouw en bezweek.

Bij het openen der buikholte vond men veel geronnen bloed tusschen de viscera. Toen men dit had verwijderd, bevond men, dat de fundus aan zijn rechterkant zeer sterk verlengd was, zóó, dat hij over den bekkeningsrand uitstak.

Op den top van de uitpuiling was een opening, waardoor men de placenta kon zien liggen. Adhaesies met de omgeving bestonden niet. De geheele uitpuiling was met de placenta opgevuld, die aan den kant van de uterusholte door een daar ter plaatse aanwezige scheur ook ontbloot was. Zij verkeerde in een lichten staat van ontbinding. Overigens bestond er geen communicatie tusschen de beide scheuren.

Wanneer men het bijgevoegde plaatje beschouwt, dan ziet men duidelijk, dat de uitpuiling bijna op het midden van den uterus schijnt te staan, doch iets meer naar rechts, van tubæ is niets te zien. De typische stand van de uitpuiling als het ware op het lichaam van de baarmoeder, doet duidelijk zien dat dit geval bij de overige door ons beschreven gevallen behoort.

XI.

In de „Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Gynecologie” van 1888, heeft SCHULZE een geval van zwangerschap gepubliceerd dat tot onze rubriek gerekend moet worden.

Het betrof een zekere vrouw B., 22 jaren oud, goed gevoed, die den 31 Maart 1863 aan het eind van eene voor-

spoedig afgeloopen eerste zwangerschap een heftigen aanval van eclampsie kreeg. Deze werd gevolgd door een soporeuzen toestand. De eclampsie herhaalde zich om het uur. Zoo bleef de toestand tot 1 April, toen SCHULZE te drie uren bij patiente geroepen werd. Gedurende dien nacht had de vrouw geen weeën meer gehad. De uterus was van matige vastheid en stond met den fundus in de hartgroeve. Het kind bevond zich in eerste schedelligging. Bij inwendig onderzoek bleek, dat de port. vaginal. bijna geheel verstreken was, het cervicaal kanaal, dat nog $\pm 1\frac{1}{2}$ cM. lang was, kon den vinger doorlaten. De vruchtblaas lag voor, vlak daarboven, nog boven het vlak van den bekkeningang, de schedel. Conjug. diagon. 12 cM. Onder voortdurende sopor afgewisseld door eclamptische aanvallen collabeerde de vrouw 's avonds te $7\frac{1}{2}$ uren. Tien minuten later werd sect. caesar. gedaan. Bij de opening van de buikholte vloeide er $\pm \frac{1}{2}$ liter waterachtige vloeistof uit. De uterus was slap op doorsnee, bloedarm, in de eiholte bijna geen vruchtwater. Aan den fundus, dicht bij de rechter zij, stak de rechter voet tot aan den enkel in de peritoneaal-ruimte, vlak daarachter bevond zich een lichaam dat door een breede basis met den uterus verbonden was, en den vorm en grootte van een ovarium had; de tastende hand overtuigde zich echter, dat het rechter ovarium 7 à 8 cM. lager lag. Na extractie van het kind trok zich de baarmoeder een weinig samen en bleek het, dat rechts op den fundus een eivormige verhevenheid zat, waarover het perit. van den uterus van achteren heenliep, en dat daar, aan haar basis, op een paar plaatsen was ingescheurd. Door die scheurtjes zag men, dat de prominentie gevormd werd door de placenta en men bespeurde zelfs tusschen deze en het ringvormig omgevende uterusweefsel een laag decidua. Aan den voorkant bevond zich de scheur, 3 cM. lang, waar

de voet uitstak. Deze scheur voerde direct in de eiholte, en liet den voorwand van de met amnion overtrokkene placenta zien, die tegen den achterwand van den uterus aanlag. Zonder de placenta te verwijderen werd de uterus gesloten, en den volgenden dag het geheele genitaal app. bij de sectie verwijderd.

Het eigenaardige hier is het ringvormige hiaat in de uterus-musculatuur, dat nauwkeurig overeenkomt met het orific. ut. van de rechter tuba. Het is omgeven door de sterk hypertrophische en scherp afgescheiden ringmusculatuur, die gewoonlijk — echter zonder zulk een hiaat — bij den uterus à terme het orific. tubae omgeeft. Het breede ringvormige gat in de spiersubstantie is met periton. overtrokken. Tegen dit periton. ligt de decidua aan, die een onmiddellijke voortzetting vormt van de decidua, van eien placenta. Dat het gat in de spiermassa door scheuring tot stand zou zijn gekomen, is (volgens SCHULZE) door de hoedanigheid van den rand ondenkbaar. De afwezigheid van elke aanwijzing van een septum of van een tweehoornige vorming der baarmoeder, de volkomen symetrische hypertrophie van den uterus — behalve op de plaats waar het gat zich bevindt — noodzaakt ons aan te nemen, dat het groeiende ei, door zijn druk het gat gevormd heeft. Dit is ons alleen verklaarbaar, als op deze plaats de laag spierweefsel, die het ei bedekt, dunner is dan tegenover de overige periferie van het ei — en daar het gat begrensd was door de uit elkander geweken spierbundels, die normaal het ost. int. tub. omgaven, zoo schijnt ons deze veronderstelling alleen mogelijk, dat de insertie van het ei in het tub. ut.-kanaal vlak bij de inmonding in den uterus plaats heeft gehad. Het grootste deel van het ei wies in het cav. ut. daar hier de geringste tegenstand was; omdat echter de insertie van het ei in het tub. ut.-kanaal was,

moest het groeiende ei daar een voortdurenden druk uitoefenen en werden de ringvormige spierbundels alzoo uit elkaar gedrukt.

SCHULZE merkt hierbij ten slotte op, dat naar zijn meening een dergelijke tub.-ut. insertie van het ei, onmiddellijk bij de uitmonding der tuba in den uterus zoo zeldzaam niet is, als men uit het voorkomen van dit unicum zou opmaken, maar dat bijna alle gevallen aan de observatie ontsnappen. Volgens hem zou misschien ook vaak de insertie-plaats van het ei, in vele gevallen de voeding van het ei dermate beperken, dat het tot een afsterven en abortus zou komen, alvorens, door den druk van het groeiende ei, deze plaats zoo uit elkaar gedrongen zou worden. Hij toch herinnerde zich meerdere gevallen van abortus, dat bij manueele opruiming van de eirestes, deze opvallend sterk op en de insertie-plaatsen der tubæ in de baarmoeder adhaereerden, en juist daar, waar hij te voren met de van buiten door de bekleedselen tastende hand een tumor op den uterus had waargenomen.

Bij de discussie verklaarde SLAVJANSKY (Petersburg) dat hij een dergelijk praeparaat bezat.

Voor ieder, die het plaatje, dat SCHULZE er bij geeft, beziet, bestaat er geen twijfel of dit geval behoort bij onze serie. Ofschoon gering maakt de ut. beslist een lichten draai naar links, zoodat de fundus duidelijk naar de linker tuba afhelt. De tumor neemt aan den rechterkant het hoogste punt van de baarmoeder in, en hierheen trekt de rechter tuba.

XII.

In de dissertatie van Dr. H. SIMON, die in 1885 uitgegeven werd, beschrijft hij het volgende geval, afkomstig

van Dr. THAMM te Berlijn en geseceerd door P. RUGE.

Vrouw B., voor de achtste maal zwanger, kreeg in de derde maand van hare zwangerschap pijn in den buik, en raadpleegde een geneesheer, die haar voor normaal zwanger hield, rust aanbeval en morphine voorschreef. De pijnen die niet sterk geweest waren, verdwenen en de vrouw nam gewoon haar huishouden verder waar. Op het eind van de 4^e maand, in den nacht van 9 op 10 November 1882, kreeg zij, nadat zij 's middags buitengewone hoeveelheden erwten met groote boonen verorberd en 's avonds gedanst had, plotseling pijn in het lijf en benauwdheden. De dokter, die den volgenden dag geraadpleegd werd, vond de vrouw met een angstige gelaatsuitdrukking, matige koorts, opgezette buik en typische peritonitische verschijnselen en schreef koude omslagen voor en morphine.

De vrouw collabeerde evenwel zeer snel en stierf 's avonds. De sectie werd den volgenden namiddag gedaan, een verslag evenwel bleef achterwege. De uterus werd op alcohol gezet en bleef 2½ jaar in de verzameling der universiteitsvrouwen-kliniek onopgemerkt staan, alwaar het praeparaat eindelijk door RUGE weer opgediept, door Dr. SIMON afgebeeld en volgenderwijze beschreven wordt:

De uterus-holte door een mediaansnede geopend is ledig, de wanden met decidua bekleed. Uit den uterus ontwikkelde zich naar rechts en naar boven een vruchtzak, die het ei bevat. Op den eersten blik valt het op, dat de fundus een duidelijke plaatsverandering ondergaan heeft. In plaats nl. van een horizontale heeft hij een verticale houding aangenomen. De rechter tuba maakt den top, de linker tuba de basis van den loodrechten fundus uit. De linker tuba en ligament. ut. zijn normaal. De lengte van den linker uteruswand, van het o. uter. int. tot het os. ut. tub. sin. bedraagt

4 cM., de lengte van den rechterwand op dezelfde wijze gemeten $11\frac{1}{2}$ cM. De extra-uterine vruchtzak gaat met breede basis uit den rechter uteruswand naar rechts en omhoog. Deze wand neemt van het ost. uterin. int. naar den vruchtzak allengs in dikte toe, zoodat bij den inwendigen baarmoedermond de dikte $2\frac{1}{2}$ cM. bedraagt, terwijl hij op een hoogte van 3 cM. hierboven reeds 4 cM. meet. Dan vormt hij den wand van den vruchtzak, maar zoo, dat hij bekleed met peritoneum van onderen af ongeveer een continu stratum tot halverhoogte den vruchtzak vormt, daar echter met een rand eindigt, die een onregelmatig en gescheurd aanzien heeft. De geheele bovenste helft van den vruchtzak heeft geen samenhangenden spierwand, het ei steekt als het ware met zijn bovenste helft vrij uit het napvormige spierachtige stratum. Het ei is echter niet intact; maar rechts boven is een groote, onregelmatig gevormde, door alle eivliezen gaande scheur, zoodat men op deze plaats de vrucht over een tamelijke uitgestrektheid kan zien liggen. De placenta zit aan het $1-1\frac{1}{2}$ cM. dikke tusschenschot, dat uterus en ei-holte scheidt, vast. Dit tusschenschot wordt zooals reeds vermeld is, door den juist zoo veel langer rechter ut. wand gevormd. De rechter tuba treedt aan de laterale en voorvlakte in den wand van den vruchtzak, het lumen is tot aan het ei te volgen en heeft een lengte van $9\frac{1}{2}$ cM. Op het hoogste punt van het cavum uteri, is ook het ost. uterin. van de rechter tuba zichtbaar. De decidua van de uterus holte buigt zich duidelijk daarin, en men komt van hier met een sonde ook zeer gemakkelijk tot het ei. De aanhechtingsplaats van het r. lig. rot. is 1 cM. van de tuba verwijderd. Het rechter ovar. is normaal.

Een ieder, die nauwkeurig de aangehaalde gevallen na-

leest, zal wel niet twijfelen of deze behooren bij elkaar tot een bepaalde rubriek en wel tot die, waarbij het bevruchte ei door de eene of andere omstandigheid zijne normale broedplaats — de uterusholte — niet heeft kunnen bereiken, en op den weg van het ovar. tot deze holte juist is blijven steken in dat gedeelte van het kanaal, dat door den wand van de baarmoederholte verloopt, en zich daar verder heeft ontwikkeld. Indien er dan ook, vóór dat over dit onderwerp geschreven was, een dergelijk lijstje eerst was opgesteld, dan gelooven wij zeker dat de grenzelooze verwarring, die op dit gebied bestaan heeft, voorkomen zou zijn.

Evenwel om een dergelijk aantal soortgelijke gevallen van buiten-baarmoederlijke zwangerschap te kunnen verzamelen, moet men eerst weten of zij bij elkaar behooren, en om dit te weten, wordt een nauwkeurige kennis vereischt van den anatomischen bouw van de baarmoeder en van de levensgeschiedenis van het eencellige ovulum, dat bestemd is om een mensch te worden.

Die nauwkeurige kennis, welke men thans in elk handboek der verloskunde kan verkrijgen, ontbrak helaas! toen de eerste gevallen van interstitieele zwangerschap gepubliceerd werden, geheel.

Zoo was het dan ook, dat MAURICEAU, in zijn „*Traité des maladies des femmes grosses*”, vertelt, dat hij in 1669 een baarmoeder gezien had, waarbij de vrucht zich volgens de collega's in de tuba zou ontwikkeld hebben.

„*Mais lorsque j'eus bien examiné et considéré toutes les parties de la matrice je reconnaissais qu'ils se trompaient*” . . . vertelt hij met een zekerheid, niet vermoedende, dat hij zelf ook de plank een weinig missloeg. Want, wanneer hij vertelt, dat het vruchtje zich ontwikkeld had niet in de tuba maar in een gedeelte van het eigen uteruslichaam,

dan spreekt hij de waarheid. Doch hij ontdekte niet, of liever, zag over het hoofd, dat het geen gewone uterus was, waarin dit vruchtje zich had ontwikkeld, maar een uterus unicornis met rudimentairen bijhoorn, en dat juist die bijhoorn tot zetel van het zich ontwikkelend eitje had gediend. En nu is het inderdaad verrassend, hoezeer een dergelijke uterusvorm althans in vorm somwijlen op een gewonen interstitieel zwangeren uterus gaat lijken.

Het is ook niet moeilijk de oorzaak van dit verschijnsel te verklaren, wanneer we de punten van overeenkomst tusschen die beide vormen ons wat meer en detail voorstellen.

De uterus unicornis met rudimentairen bijhoorn is een baarmoeder, waarbij slechts het uiteinde van een der Müllersche gangen behoorlijk zijn plicht gedaan heeft en tot een behoorlijke baarmoeder is gaan uitgroeien; het uiteinde van den anderen Müllerschen gang is in zijn ontwikkeling blijven steken, en in plaats van met de andere helft behoorlijk samen te werken, heeft het deze 't geheele werk laten doen, en is geworden een puist op het groote lichaam van een eenhoornigen uterus.

Hieruit volgt dus, dat het gedeelte van den rudimentairen hoorn en dat van den ontwikkelden hoorn, dat tusschen de inmondingen der beide tubæ ligt, feitelijk beantwoordt aan den fundus in een flink ontwikkelde baarmoeder. Bij een niet zwangeren ut. unicorn. zal dit onmiddellijk opvallen en men zal hier ontdekken, dat deze eigenlijk geen fundus heeft. Het eigenlijk baarmoederlichaam toch wordt gevormd door een Müllersche gang, het is het verdikte einde van één buis, de top der buis zal dus toegang geven tot de tuba; een fundus, ontstaan uit de samensmelting van de tegen elkaar liggende wanden van 2 buizen, is er niet.

Edoch wat gebeurt er, zoodra de rudiment. hoorn onder den prikkel van het zich ontwikkelende eitje gaat groeien?

De in groei achtergebleven hoorn, begint te doen wat hij al lang had moeten doen. Het stuk fundus, dat van hem moet afkomen, begint ook zwaarder en dikker te worden, doch onder invloed van het groeiende eitje gaat de niet-zwangere hoorn ook groeien, evenwel lang zoo sterk niet als de zwangere rudimentaire hoorn. Zoo heeft er een soort van nivelleering plaats en wordt er nu nog iets wat op een fundus lijkt, gevormd. De nivelleering heeft echter steeds plaats, in dien zin dat, wat vroeger het kleinste was, de rudimentaire hoorn gewoonlijk niet boven den ontwikkelden hoorn uitgroeit, daar hij in den regel eerder barst. Dit nu zijn juist de gevallen, die het meest aanleiding tot verwarring geven. 't Is nu ook duidelijk, dat, hoe dichter het eitje zich bij den inmonding van den rudiment. hoorn in den ontwikkelden hoorn bevindt, hoe meer het beeld op interstitieele zwangerschap zal lijken. Want men mag gerust aannemen, dat het ontwikkelende eitje een focus is, van waaruit een prikkel tot vermeerderden groei in alle richtingen door het omgevende weefsel wordt voortgeplant. Zit dit focus nu dicht bij den wand van den ontwikkelden hoorn, dan zal deze wand ook meer gaan groeien en alzoo aanleiding kunnen geven tot een asymmetrischen groei, met min of meer ontwikkelden fundus.

In den regel evenwel bevindt het eitje zich ver genoeg van den ontwikkelden hoorn, dat een volkomen versmelting onmogelijk wordt en de rudimentaire hoorn, als het ware een uterusje op zichzelf vormend, met de andere helft door een steel verbonden is.

In MAURICEAU's tijd kon men deze beschouwingen nog niet houden, zoodat hij aan een eigenaardig veranderden

uterus dacht („en espèce”) de hergne dans laquelle l'enfant était contenu.

Resumeerende kunnen we onze voorgaande beschouwingen aldus samenvatten: Door snellen groei van de teruggebleven deelen vertoont een uterus met zwangeren rudimentairen hoorn de neiging, van een asymmetrischen in een symmetrischen vorm over te gaan.

Zijn hiermee de punten van overeenkomst met de interstitieele zwangerschap aangegeven, zoo treden hierdoor ook de punten van verschil in helder licht. Immers, waar de oorspronkelijk sterk asymmetrische bouw van den uterus unicornis die neiging tot symmetrie vertoont, staat de oorspronkelijk symmetrische normale uterus, die door zwangerschap in een zijner excentrische deelen, nl. de wand, die het eene stuk tuba omgeeft, een steeds grooter neiging vertoont tot asymmetrie. De ideale eindtoestand van den eenen vorm, is eigenlijk de beginstoestand van den anderen vorm, nl. de interstitieel gravide uterus. Bij den eenen vorm een zekere neiging om een horizontalen fundus te krijgen met horizontaal uitlopende tubæ, bij onzen vorm daarentegen een neiging om den horizontalen fundus een schuinen stand te geven, door hypertrophie van de eene helft van den uterus.

Gaan we om dit laatste nog een weinig te adstrueeren eens even na, wat er met een gewone baarmoeder moet gebeuren, indien het stuk tuba dat in haren wand verloopt, aan eene zij de zitplaats van een bevrucht ovum wordt.

Ook hier zal dit eitje als focus een prikkel tot vermeerderen groei zijn voor het omringende uterusweefsel. Het sterkst evenwel voor de dichtstbij gelegen deelen. De wand van den uterus dus, die het dichtst om het eitje heen ligt, zal veel sterker gaan groeien dan het overige uterusweefsel. Bij rechte interstitieele graviditeit zal dus de

rechter helft van den fundus en de rechter wand van den uterus veel sterker gaan groeien, veel grooter gaan worden dan de linker wand en het linker deel van den fundus.

De geheele rechterzijde met de implanting van de tuba in top zal dus neiging vertoonen omhoog te rijzen, terwijl daardoor de linker helft met de linker relatief de diepte moet zoeken. Wij moeten dus bij interstitieele zwangerschap een neiging hebben tot schuinschen stand van den fundus met de tuba van de zwangere zijde omhoog, die van de linkerzijde met de tuba omlaag.

Bij bijhoornzwangerschap daarentegen een neiging van den zwakkeren kleineren bijhoorn om zijn tuba zoo hoog te steken als die van den niet zwangeren krachtig ontwikkelden hoorn, hoogstens als laatst te bereiken punt, een horizontalen stand der tubæ.

Het is opmerkenswaardig hoe lang het geduurd heeft, voor dat men een helder inzicht in deze toch zoo geheel verschillende categoriën van zwangerschap gekregen heeft.

Vóór KUSSMAUL, die in 1859 zijn werk „Von dem Mangel der Verkümmerng der Gebärmutter" uitgaf en waarin hij een aantal voortreffelijke afbeeldingen van bijhoornzwangerschappen weêrgeeft, had nog niemand dit punt genoegzaam in overweging genomen.

En zoo waren na MAURICEAU's werk een aantal publicaties verschenen van zoogenaamde interstitieele zwangerschappen, waarbij duidelijke bijhoorn-, naast zuivere interstitieele zwangerschappen op de zonderlingste manier door elkaar waren geworpen.

Men rekende zich meestal reeds verantwoord als men door de implantatie der ligg. rotunda had aangetoond dat er geen tubair zwangerschap was. Op de verhoudingen in de richting der tubæ werd niet gelet. De zaak werd er nog

echt quasi-wetenschappelijk door gecompliceerd, dat iedere geleerde, die de moeite deed een publicatie het licht te doen zien, gemeenlijk ook een nieuwen naam voor dit soort van zwangerschap zoekt. Zoo sprak MAURICEAU van graviditas in substantia propria uteri. PFAFF in 1825, sprak van graviditas interstitialis. BRESCHET gebruikte reeds de uitdrukking grav. tubo-uterina; en MAYER sprak van een graviditas intra-muralis.

Het is zeker dat deze uitdrukkingen strikt genomen volstrekt niet hetzelfde beteekenen, ofschoon men ze langzamerhand als synoniem is gaan beschouwen. Want bij de grav. tubo-uterina, zooals onze gevallen genoemd zouden moeten worden, is feitelijk een stuk tuba een stuk buis dus, de plaats, waar zich de vrucht ontwikkelt. Bestaat hiernaast nu ook nog een werkelijke grav. in substantia uteri in dién zin, dat het bevruchte ei onmiddellijk in het uterusweefsel zelf zonder eenige andere omgeving komt te liggen? Na BRESCHET, die in 1826 in een brochure hiervoor een geval als bewijsstuk aanhaalde, is voor zoover wij weten niemand op deze zaak grondig ingegaan. En toch moet onzes inziens ook deze soort van zwangerschap geheel à part gehouden worden en van de tubo-uterine en van de bijhoornzwangerschap. De mogelijkheid van deze soort van zwangerschap, zooals BRESCHET die voorstelt, valt à priori wel niet te ontkennen, doch indien men de zaak goed beschouwt, is het bijna ondenkbaar, dat een bevrucht eitje tusschen de spiermassa's van den baarmoederwand komt te liggen.

BRESCHET geeft hypothesen om deze soort van zwangerschap te verklaren, doch die alle even onmogelijk zijn.

De minst onmogelijke, die hij geeft, is deze: het eitje zou in het tubo-uterine stuk van de tuba, waar groote sinussen uit het

uterusweefsel in uitmonden in de ingang van zulk een sinus geraakt zijn; door zijn groei zou zoo'n sinus gerekt en door de peristaltiek van de tuba steeds verder in het uterusweefsel gedrukt worden. - - Deze sinussen zijn eenvoudig nog nooit geconstateerd, dus bestaan ze waarschijnlijk alleen in de verbeelding van BRESCHET.

Evenwel verklaard of niet, de feiten zullen hier moeten beslissen, ofschoon we het recht hebben bij zulk een zoo moeilijk te rijmen geval met een zeer sceptische critiek op te treden. Om derhalve eenige orde te kunnen krijgen in de reeks door elkaar gehaspelde gevallen, die onder een der boven aangegeven namen beschreven werden, zal voor zoo-ver mogelijk uitgemaakt moeten worden, of het gevallen zijn van — 1^e tubo-uterine graviditeit, — 2^e graviditeit in substantia uteri sens-strict. — 3^e bijhoornzwangerschap, etc.

Deze taak zou betrekkelijk licht te noemen zijn, indien wij al de praeparaten zelf konden bestudeeren, waarvan de gevallen in de litteratuur geboekt staan. Indien er dan ook iemand zoude opstaan, die, door de liefde tot het ware weten bewogen, de musca der oude en nieuwe wereld hierover eens nauwkeurig wilde onderzoeken, zijn critiek zoude ongetwijfeld volmaakter dan de onze zijn. Edoch volmaakt zoude ook zijn overzicht niet wezen. Want vele gevallen, zoowel oude als nieuwe, zijn er gepubliceerd, waarvan de praeparaten niet bewaard zijn. Bij gebrek aan de origineelen hebben wij ons dus met de contereitsels moeten vergenoegen, voor zoo-ver die van de verschillende gevallen bestonden. En eindelijk met de beschrijvingen. Maar het is natuurlijk onmogelijk een geval uit de beschrijving in de eene of andere rubriek te rangschikken, indien de punten, die wij nu weten, dat van belang zijn, niet werden aangeroerd.

Ook de afbeeldingen zijn niet altijd betrouwbaar. De

grond hiervoor is te zoeken in wat wij zouden willen noemen een zekere liefde tot orde en regelmaat bij de teekenaars.

De zoogenaamde natuurgetrouwe afbeelding toch betekent in de meeste gevallen een teekening van wat door den waarnemer aan het praeparaat opviel in lijnen en kleuren voorgesteld. En — zoo redeneert licht de teekenaar, — tubæ behooren immers recht tegenover elkaar te zitten en nu werd aan het praeparaat getrokken tot de beide ostii zooveel mogelijk recht tegenover elkaar kwamen te staan — en zoo de teekening genomen. Een sprekend voorbeeld van deze wijze van doen levert de dissertatie van A. G. CARUS op. Op pag. 16 zegt hij: dat hier een geval van tubo-ut. zwangerschap bestaat: „dat heeft mijn vader mij duidelijk geleerd.” Maar waarin dat leeren bestond — hierover spreekt hij niet. Nu geeft CARUS die plaatjes met betrekking tot zijn praeparaat.

Het eerste geeft meer een zoogenaamde natuurgetrouwe afbeelding van het praeparaat, het tweede geeft meer de afzonderlijke situs van de vrucht weer, en het derde plaatje is een zoogenaamde halfschematische voorstelling hoe naar zijne meening, de vrucht in den wand van de baarmoeder geherbergd is.

Slaat men ook maar een half oog op fig. I, dan voelt men als het ware onmiddellijk, dat men hier met een zuiver geval van tubo-ut. grav. te doen heeft. De geheele uterus waarvan de linker interstitieele tuba zwanger is geworden, ziet er uit als een bultenaar met skoliose aan de linkerzijde en waarvan de linkerschouder ontzettend promineert en de rechterzij naar beneden duikt. De rechter tuba is er wel niet, maar de linkertuba ziet men langs den bochel omhoog trekken. De natuur is hier dus sterker dan de leer en men slaat onwillekeurig de handen van verbazing ineen wanneer

men de zoogenaande „verklarende” half-schematische voorstelling beschouwt. Men ziet hier een nette symmetrische uterus geteekend, een weinig vergroot, zooals iedere, een paar maanden zwangere, jonge vrouw ze zou moeten wenschen. Netjes staan de tubæ recht tegenover elkaar geteekend. En in dat, wat de fundus verbeeldt te zijn, wordt een net eirond geteekend, voorstellende de plaats, waar de vrucht zich ontwikkeld heeft. Maar nu zat de teekenaar toch een weinig in de war. Want op de plaats, waar horizontaal tegenover de rechter tuba de linker tuba behoorde te zijn, vond hij geen tuba. Wat nood, de tuba aan de buitenzijde links wordt doorgetrokken tot horizontaal tegenover de rechter tuba, en nu worden tittellijntjes getrokken naar de plaats, waar in een ordelijken uterus de uitmonding van de tuba zou *behooren* te zijn. Op de plaats, waar de uitmonding werkelijk was, nl. links boven ongeveer tegenover het midden van het embryo was waarschijnlijk niet gezocht, tenminste in de teekening merkt men er niets van. Zoo zal uit een en ander duidelijk worden, dat, naast de lijst der gevallen, die zeker tot tub. ut.-zwangerschap gerekend moeten worden en naast een lijst van die gevallen, die er zeker niet tot gerekend moeten worden, een betrekkelijk groote lijst zal moeten volgen van die gevallen, waarvan niet is uit te maken tot welke rubriek van buiten-baarmoederlijke zwangerschap ze moeten behooren.

Verscheidene auteurs hebben zich reeds op verschillende tijden bezig gehouden met het verzamelen van gevallen, die tot de rubriek grav. tubo-uterina of grav. interstit. of in substant. uteri gerekend worden. BRESCHIET verzamelde in 1826 zes gevallen.

A. G. CARUS, die in 1841 zijn dissertatie schreef, citeert

9 gevallen, waarbij hij het 5^e geval van BRESCHET over het hoofd heeft gezien.

In 1867 gaf J. BAART DE LA FAILLE zijn monographie over ditzelfde onderwerp uit en citeerde hier uitvoerig 24 gevallen, die hij uit de litteratuur had opgediept. Doch bij eene nauwkeurige beschouwing van al die gevallen, bleek hem reeds dat onder éénen naam, heel verschillende gevallen bijeenverzameld waren. Hij verrichtte in zooverre het eerste critische werk, dat hij in de eerste plaats trachtte na te gaan, of al de als gravid. interstit. beschreven gevallen tub. ut. graviditeiten waren geweest en in de tweede plaats trachtte hij gevallen af te zonderen, die naar zijne meening hier niet bij hoorden. Edoch het werkelijk principieel verschil tussehen tubo-uterine zwangerschap en zwangerschap in den rudim. bijhoorn ontging hem ook, misschien wel omdat het geval door hemzelven beschreven, een geval was van zwangerschap in den rudim. bijhoorn en hij dus een zuiver beeld in exemplo van interstit. grav. niet onder de oogen heeft gehad. Zoo verleidde hem het uiterlijk van den uterus unicorn. die, omdat het vruchtje in den rudim. bijhoorn zich vlak bij de implantatie van deze op den ontwikkelde hoorn had vastgezet, een groote gelijkenis met een gewonen uterus had gekregen, zijn geval voor een tubo-ut. gravidit. te houden. Toch was zijn blik scherp genoeg om gevallen, als dat van MAURICEAU onder hun ware rubriek te brengen.

In het geheel scheidt hij van zijn 25 geciteerde gevallen er 8 af en houdt dus 17, volgens hem ware, gevallen van tubo-ut. graviditeit over. De mogelijkheid van werkelijke gravid. in substantia uteri bespreekt hij zelfs niet. Zijn 8 gevallen brengt hij terug, hetzij tot verwarringen met strictura uteri, door de verloskundigen (LANGIER en FEILITZ)

hetzij tot sec. buikzwangerschappen (PATUNA, HAY, HOFMEISTER), hetzij een uterus ruptuur (FIELITZ) of eindelijk brengt hij zelf het geval van MAURICEAU tot zwangerschap in een rudimentairen uterus hoorn terug.

Nadat C. RUGE den eigenaardigen unilateralen groei van de tub. ut. zwangere baarmoeder helder in het licht had gesteld, heeft Dr. SIMON alle hem bekende gevallen zooveel doenlijk gecritiseerd. Hij gebruikte als het eenigste criterium, het zoogenaamde Ruge'sche symptoom, nl. de eigenaardige draaiing, die de fundus moet ondergaan ten gevolge der proliferatie der zwangere zijde. Hij verzamelde 40 gevallen. Hij verdeelde deze gevallen, die door de auteurs als gevallen van interstitieele graviditeit beschreven werden, in drie seriën, nl. eene waarvan volgens hem ontwijfelbaar zeker vaststond, dat zij geen gevallen waren van interstit. graviditeit; de tweede, waarvan hij niet kon vaststellen of zij er toe behoorden en een derde, waarvan ontwijfelbaar vast zou staan, dat zij behoorden tot de rubrick: interstitieele graviditeit.

Wij hebben voor zoover doenlijk de origineele bescheiden nageslagen, waarnaar Dr. SIMON zijn oordeel geveld heeft. In hoofdzaak komen onze conclusies met de zijne overeen, enkele gevallen uitgezonderd. De reden hiervoor is gelegen in het feit dat Dr. SIMON met zijn Ruge's symptoom wel een beetje eenzijdig omspringt. De meerdere groei van de zwangere zijde van den uterus is in de eerste maanden niet groot, en men moet, voor betrekkelijk geringe graden van overtolligen groei, altijd rekening houden met den regelmaat-zin van die teekenaars, die de beteekenis en het gewicht van het Ruge'sche symptoom niet kenden. Ten andere gelooven wij, dat Dr. SIMON hier en daar een vergissing pleegde, omdat hij referaten met of zonder plaatjes moest raadplegen.

Ter wille van de volledigheid laten wij hier het lijstje van Dr. SIMON volgen:

A. Gevallen, beschreven onder de rubriek: Interstit. gravid. maar daartoe niet behoorende.

1. Het geval van MAURICEAU (*Traité des Maladies des femmes grosses*), Paris, 1740.
2. Het geval van PATUNA.
3. " " " LAUGIER.
4. Dat van LANGIER, *Archives générales de Médecine*. Vol. XXVIII.
5. " " HAY, *Med. Observat. and inquiries*. London, Vol. III, p. 341.
6. " " HOFMEISTER, *RUST's Magazine f. d. gesammte Heilk.* XVI, pag. 126. Berlin 1823.
7. " " FIELITZ bij BAART DE LA FAILLE.
8. " " FEILITZ, *Loder's Journal*.
9. " " POPPEL, *Monatschrift für Geb. u. Fr.k.* 1868. p. 231.
10. " " VIRCHOW, *Gesammte Abhandlung zur Wissenschaftl. Medicins.* 2^e Ausgabe. 1862.
11. " " BAART DE LA FAILLE.
12. " " SCHMITT, *Beobacht. der K.K. Med. Chir. Jos. Acad. in Wien*. Bd I sub V. 1801.
13. " " DANCE, M. G. BRESCHET, *Mémoire sur une Nouv. espèce de grossesse extra. ut.* Paris, 1826.
14. " " ROSSHIRT, *Neue Zeitschrift für Geburtskunde*, IX, 1840, pag. 400.
15. " " RAMSBOTHAN, *Monatschr. für Geb. und Fr.k.* 1856. VIII, pag. 43.
16. " " CZIHAK, *SCANZONI's Beitr. zur Geburtsk. und Gynaekol.* IV, 1860, p. 103.

B. Twijfelachtige gevallen.

1. Geval van CLIET, Observat. Méd. Chir. Recueillis à l'hosp. gén. de la Charité de Lyon, 1823.
2. " " MENIÈRE, Archives Générales de Médecine, juin 1826, pag. 169.
3. " " MOULIN & GUIBERT, Arch. Général des Médic. Tome IX, pag. 383.
4. " " VORNDÖRFER, Oesterr. Jahrbüch. Jan. 1848.
5. " " JUNGE, Monatschr. für Geburtskunde und Fr.k. 1865.
6. " " OLDHAM, Guy's hosp. rep. Vol. III. London 1845.
7. " " MURPHY, Dublin Journal of Medical Sciences pag. 437.
8. " " LOTT, Schmidt's Jahrbücher 1871. Bd. 156 pag. 50.
9. 1^e " " BR. HICKS, Obstetrical Transactions IX, pag. 57.
10. " " CAPPARELLI, Il Morgagni 1872, pag. 167.
11. " " EDGAR, St. Louis Med. and Surg. Journ. 1871.
12. " " MALMBURG, Hygeia, 1871, pag. 436.
13. " " SASSMANN, Diss. inaug.
14. " " JANVRIN, Amer. Journal of Obstetr., VII, pag. 428.
15. " " ROKITANSKY, Lehrbuch der Path. Anat. Wien, 1861, pag. 536.

C. Zekere gevallen.

1. Geval van MAYER, door ons reeds beschreven.
2. " " HEDRICH, door ons reeds beschreven.

3. Geval van BELLEMAIN, door ons reeds beschreven.
4. „ „ CARUS-HOHNBAUM, door ons reeds beschreven.
5. 2^e „ „ J. BRAXTON HICKS, Guy's hospit. reports.
London, 1860. — Clinical lectures on
the diseases of women. 1877. pag. 144.
6. „ „ HERR, Der praktische Artzt, 1867, 1 u. 2.
7. „ „ FRITZ LEOPOLD, American Journal of the
Medicine. Se. Jan. 1875, pag. 95.
8. „ „ SCHULZE, door ons beschreven.

De acht door Dr. SIMON als ontwijfelbaar zeker aangenomen gevallen met dat van Dr. SIMON prijken dan ook voor het meerendeel in het door ons in het begin van dit geschrift uitvoerig aangehaalde aantal gevallen. Evenwel zal men er ook geval **14** van lijst **A.** aantreffen.

Een ieder, die aandachtig dit hierboven beschreven geval naleest, en het plaatje gezien heeft, dat ROSSHIRT van dezen casus heeft gegeven, moet tot gelijke slotsom komen als wij; en wij gelooven ook niet, dat bij een der lezers van dit geschrift, gedurende de bestudeering van dit geval, eenigen twijfel over de classificatie is opgekomen.

Toch verklaart Dr. SIMON pag. 21, op den hem eigen apodictischen toon, dat „ROSSHIRT's Fall wohl einen Fall von Abdominal Schwangerschaft repräsentirt.”

en, waar een ernstig onderzoeker als ROSSHIRT, met zoo-veel redenen omkleed, aantoot, dat men hier wel degelijk met een geval van interstitieele zwangerschap te doen heeft, vindt Dr. SIMON geen reden zijn ontkenning nader te bewijzen. Men zal toch wel niet voor bewijs van abdominale gravid. willen aannemen, (waartoe genoemde schrijver dit wil brengen,) zijn beweren, dat de chirurg, die zich met de sectie belast had, pseudo membranen voor het peritoneum

heeft aangezien, en dat de tuben „tamelijk wel normaal waren.”

De eenige verklaring, welke wij dan ook voor deze apodictische uitspraak van Dr. SIMON weten, is deze, dat hij haastig een referaat geraadpleegd hebbende, waarin als hoofdzakelijken grond voor interstitieele zwangerschap de verhouding van het periton. werd aangevoerd, dit onwaarschijnlijk gedacht heeft en met een scepticismus, dat men onwillekeurig verkrijgt, als men zooveel kaf van het koren moet scheiden, dit geval met een zwart kruis gemerkt heeft.

Had hij het geval in extenso gelezen, zooals ROSSHIRT dat zelf heeft gepubliceerd, dan had hij bemerkt ten eerste: dat op het plaatje de stand der tub. voor interstit. zwangerschap pleitte, 2^e dat juist de verhouding der (volgens Dr. SIMON „ziemlich normale” tubae) een interstitieele graviditeit onbetwistbaar maakte, de rechter tuba toch was *tot in de groeve* te vervolgen en verder gesloten, terwijl de linker tuba in de uterusholte uitmondde, zooals ROSSHIRT dit zelf duidelijk ontwikkelt.

Het tweede geval, waar naar onze meening Dr. SIMON wat al te sceptisch is geweest, is geval XV, dat n.l. van RAMBSBOTHAN. Het geval is onder de gevallen van tub. ut. graviditeit door ons beschreven. Dr. SIMON verklaart dit geval voor een graviditeit in een bijhoorn. Merkwaardig echter is de grond, die hij hiervoor aanvoert. „Es liegt auf der Hand”, zoo schrijft hij pag. 21, „dass in diesem Falle eine Schwangerschaft im Nebenhorne vorhanden gewesen ist. Das beweist allein schon der Umstand, dass die Uterushöhle im rechten Winkel nach links umgebogen war.

Hoe hebben wij het nu, zal de aandachtige lezer moeten vragen. In de eerste helft van zijn dissertatie tracht Dr. SIMON met alle denkbare moeite te bewijzen, dat bij inter-

stitieele graviditeit de fundus een stand moet krijgen in loodrechte richting. „zoo — dat de uterusholte een draaiing van $\pm 90^{\circ}$ moet maken. En hier, waar tengevolge van den grooten vruchtzak de draaiing zoo volkomen geschied is, dat volgens de beschrijving van RAMSBOTHAN zelf, „die Uterushöhle im rechten Winkel nach links gebogen war“, voert hij triomphantelijk dit feit juist aan als een bewijs, dat hier *geen* tubo-uterine graviditeit, maar zwangerschap in een bijhoorn plaats gevonden had. Klaarblijkelijk heeft zijn scepticisme hem hier weer erge parten gespeeld. Zoo komt hij tot een heel kunstmatige opvatting van dit geval. Terwijl RAMSBOTHAN duidelijk zegt, dat de uterus rechthoekig naar links was omgebogen, zóó, dat de loodrechte fundus tegenover de linker fossa iliaca stond, verklaart Dr. SIMON, die er niets, zelfs geen plaatje van gezien heeft, dat, hetgeen R. voor fundus heeft aangezien . . . geen fundus was, maar de linkerwand van den linker ontwikkelden uterus-hoorn. Zoo verklaart hij al verder dat wat RAMSBOTHAN voor de rechter tuba heeft aangezien eigenlijk de linker tuba geweest is, en hij de linkertuba (volgens Dr. SIMON de rechter) niet gevonden heeft, en als ondergegaan in de vergroeiingen met den endeldarm moest verklaren, omdat hij de tuba niet gezocht heeft waar zij was, n.l. aan de rechter zijde van den tumor.

Alzoo zou RAMSBOTHAN, die toch zijn sporen als goed opmerker reeds verdiend had, volgens Dr. SIMON zich alleen blind gestaard hebben op de linkerzijde van het praeparaat en niet aan den rechter kant gezocht hebben of daar misschien ook de tuba was!

Dit is geheel onaannemelijk. Maar er is nog meer.

Wij gelooven . . . gesteld dat de onderstelling van Dr. SIMON aan te nemen ware, dat men liever dus aan een zwan-

gerschap in een nevenhoorn moest denken, dat de uterus onmogelijk de verhoudingen kon vertoonen, zooals Dr. SIMON die voorstelt. Dr. SIMON neemt n.l. aan dat, wat RAMSBOTHAN voor fundus heeft aangezien, de linkerwand van den linker hoofdhoorn geweest is. Deze nu had, hetgeen Dr. SIMON niet ontkent, een loodrecht verloop. Wanneer men nu een niet-zwangeren eenhoornigen uterus beschouwt met rechter bijhoorn, dan valt het bij zulk een maagdelijke baarmoeder reeds op, dat zij in haar geheel een weinig schuin verloopt naar links, dat dus de linkerwand een verloop heeft niet precies loodrecht, maar een weinig schuin van links boven naar rechts onder. Deze stand nu moest door den zich zoo sterk vergrootenden rechter bijhoorn, die zich tot een bijna 8 maanden zwangeren uterus ontwikkelde, nog enorm versterkt worden, zoodat de linkerhoorn als het ware geheel op zij geduwd moest worden en de linker tuba, in plaats van schuin naar links en naar boven te loopen, zou een *horizontalen stand loodrecht op de linker fossa iliaca* moeten aannemen, terwijl dan de linker wand van den linker hoofdhoorn noodzakelijk een min of meer horizontaal verloop zou krijgen — en niet vertikaal zooals hij hier loopt.

Wij meenen uit het bovenstaande, met genoegzame redenen omkleed, te hebben aangetoond, dat wij met volkomen recht geval 14 en 15 in onze serie van tubo-uterine zwangerschappen hebben opgenomen.

Tevens zijn wij uit deze vergissingen van Dr. SIMON tot de conclusie gekomen, dat zijn opgaven niet geheel betrouwbaar zijn, en hebben wij ons daarom genoodzaakt gezien, zooveel doenlijk, alle opgaven in origine na te gaan. Zoo zijn wij dan ook tot de conclusie gekomen, dat zijn eerste lijstje van 16 gevallen, van pseudo tub. uter. zwangerschap inderdaad teruggebracht moet worden tot 14.

Ofschoon wij nu in de beoordeeling van de overige 14 gevallen in zooverre de eindconclusies van Dr. SIMON beamen, dat deze gevallen zeer zeker niet tot gevallen van tubo-uterine zwangerschap gerekend mogen worden, zoo zijn wij dikwerf op geheel andere gronden hiertoe gekomen dan Dr. SIMON. Ook zouden wij niet gaarne al de vermetele en phantastische hypothesen willen onderschrijven, die hij met groote luchthartigheid opwerpt, om tot eenigszins plausible verklaringen van deze gevallen te komen. Het zou ons evenwel te ver voeren, al deze gevallen hier in extenso te critiseeren, en voor dezen arbeid is het dan ook genoeg te weten, dat geen dezer gevallen die verschijnselen vertoonen, welke bij zuiver ontwikkelde tubo-uterine zwangerschappen opgemerkt worden, en die wij naar aanleiding van onze hierboven beschreven gevallen meenden te kunnen vaststellen.

Enkele opmerkingen meenen wij evenwel nog te moeten maken. Ten eerste wat betreft het oudste en eerste geval van MAURICEAU. Ten onrechte beschuldigt men dezen fijnen opmerker van een error diagnosticus. MAURICEAU heeft in zijn „*Traité des maladies des femmes grosses*” nooit beweerd, dat het door hem gepubliceerde geval een casus was van tubo-uterine zwangerschap. Hij beweert alleen, dat het geval door zijn collega's aan hem was voorgesteld als een geval van tubair zwangerschap. Daar kwam hij tegen op en wel op grond van de verhouding van het ligam. rotund. dat zich lateraal van den vruchtzak insereerde. Volkomen terecht meende nu MAURICEAU, dat indien hier tubair zwangerschap bestond, het ligament zich mediaan van den vruchtzak, tussehen deze en den wand van den uterus moest insereeren. Daarom poneerde hij alweer geheel terecht: „*que cet enfant avait été engendré dans une partie du propre corps de la*

matrice'', alleen vergat hij er bij, — of zag hij dit over het hoofd — dat het geen gewone baarmoeder was, maar een eenhoornige met rudiment. bijhoorn. Had hij dit ook nog goed geapprecieerd, dan ware de groote verwarring die na hem in dit onderwerp geheerscht heeft, misschien nog voorkomen. Want nu hij meende een normalen, maar door de zwangerschap aldus veranderden uterus voor zich te hebben, liet hij zich tot de natuurlijk mank gaande hypothese verleiden: „que la matrice s'était étendue en manière de hergne''. Zoo was dan de onzalige idee van een breukzak-achtige uitstulping van de baarmoeder in de geleerde wereld geworpen, die gedurende lange jaren nagespookt heeft, tot zij eindelijk door VIRCHOW als een polypvorm gedacht werd. Want als men aanneemt, dat de uterus door de groeiende vrucht als een breuk of een polyp in een zijner wanden zich kan ontwikkelen, dan is er voor een differentiaal diagnose tussehen zwangerschap in een rudim. uteruschoorn en tubo-ut. graviditeit geen plaats. Zeer terecht echter zegt Dr. P. MÜLLER in het door hem uitgegeven „Handbuch der Geburtshülfe'': „Da es die Wand des Uterus selbst ist, welche das wachsende Ei auseinander drängt und zur Fruchthöhle entfaltet, so ist zu keiner Zeit der Schwangerschaft der Fruchtsack distinct gegen den Uterus abgegrenzt, sondern er bildet mit dem Corpus uteri ein Ganzes.'' Nu gelooven wij stellig, dat indien MAURICEAU niet met zijn breukachtige uitstulping begonnen ware, zoowel BAART DE LA FAILLE met zijn „min of meer langen steel'' als VIRCHOW met zijn „polypen-artiges Auswachsen'' hadden gezwezen.

Ten slotte ter adstructie der „lichtzinnige hypothesen'' van Dr. SIMON een kort relaas over het geval van DANCE: Het betrof een flinke vrouw van 34 jaren, die met teekenen van een acute peritonitis en inwendige verbloeding op de kliniek

van DANCE werd gebracht. Deze onderzocht de vrouw en bevond, dat ze zwanger was. Daar de vrouw echter hardnekkig ontkende zwanger te zijn, dacht DANCE aan de een of andere poging om abortus op te wekken met funest gevolg. Hij nam zich voor 's avonds de vrouw nauwkeuriger te onderzoeken. Nauwelijks had hij echter de zaal verlaten, of de vrouw stierf.

Uit de beschrijving, die BRESCHET van den uterus geeft zij het ons vergund, het volgende aan te halen:

„Cette matrice est dans un état d'hypertrophie considérable. Vers son angle tubaire droit, on remarque à l'extérieur un prolongement de tissu utérin, sous forme de cône surbaissé, dépassant le contour ordinaire de la matrice de deux pouces environ de hauteur. Cette cavité séparée par sa base du reste de la matrice est évidemment une continuation du tissu de l'utérus, dont on pouvait suivre les fibres dans les parois de la cavité accidentelle jusque tout près de l'ouverture"...

Verder vertelt BRESCHET, dat de beide tubae even lang waren, van hun vrij uiteinde gemeten tot waar de een in den tumor, de andere in den wand van den uterus verdween. Nu komt echter het verwonderlijke van dit geval: nadat hij, een borstelhaar in de rechter tuba had gebracht en dit tot in den wand van den tumor had voortgeschoven, bemerkte hij dat het lumen niet met de abnormale vruchtholte communiceerde, maar hij kon het borstelhaar in den wand van den tumor verder schuiven. Deze ruimte scheen het lumen uit te maken van een soort van bandje, dat als voortzetting van de tuba Faloppii dextra in den wand van den vruchtzak verliep. Op eenige millimeters van den rechterhoek der baarmoeder, ter plaatse waar eenige verschuiving bij het lospellen der placenta scheen ontstaan te zijn, werd het borstelhaar in de vruchtholte zichtbaar. Het peesachtige

bandje scheen echter zijn weg nog verder te vervolgen, doch hij kon het lumen niet weervinden.

Nu begon BRESCHET van den rechter uterushoek uit met een borstelhaar te peuten, en werkelijk dit borstelhaar kwam weer in het lintachtig weefsel terecht en kon in den wand van den tumor doorgevoerd worden, juist tot de plaats waar het eerste borstelhaar bloot gekomen was.

BRESCHET nu neemt naar aanleiding van dit geval juist aan, wat wij à priori eigenlijk reeds als een onmogelijkheid moeten beschouwen: n.l. een ontwikkeling van het ei in den wand van den uterus, dus onmiddellijk tusschen het uterus-weefsel.

Deze appreciatie latende, zijn wij van meening dat dit geval *zeker* geen geval is van tubo-uterine zwangerschap, en wel om de volgende redenen:

1^e In het bijgevoegde plaatje is geen spoor van een unilateralen groei van de baarmoeder te ontdekken, de wand is aan beide zijden even dik, en ter plaatse van den tumor ook niet dikker dan aan den anderen kant.

2^e De beide tubae staan even hoog.

3^e De tumor schijnt door een soort van breeden en platten steel met den uterus verbonden te zijn.

Ontwifelbaar schijnt het ons echter, waar BRESCHET duidelijk zegt, dat men de spierbundels van den uterus op den tumor tot aan den top kon vervolgen, en waar hij duidelijk beschrijft dat het periton. uteri op den tumor overgaat, dat men hier te doen heeft met een zwangerschap „dans une partie du propre corps de la matrice” — en daar, om de aangegeven redenen, het geen gewoon ontwikkelde baarmoeder kan geweest zijn, zoo zal het een eenhoornige hebben moeten zijn, mutatus mutandis als bij het geval van MAURICEAU. Hoe evenwel den loop van die eigenaardige voortzetting van de tuba te verklaren.

Wij moeten erkennen, dat wij hiervoor geen betere verklaring weten dan deze: dat BRESCHET al schuivende en peuterende met zijn borstelhaar een kanaal gemaakt heeft in den wand van den vruchtzak. Doch de moeilijkheid bestaat hier altijd in het bandvormige lichaam, dat BRESCHET toch gezien moet hebben, en dat toch als onmiddellijke voortzetting van de tuba imponeerde. Indien dit werkelijk de tuba geweest is, dan weten wij daarvoor geen betere verklaring dan deze: door een onbekende oorzaak is de rudimentaire hoorn eenzijdig gaan groeien en heeft bij dien eenzijdigen groei langs de tuba een deel van deze in zijn wand opgenomen. Waar het borstelhaar bloot kwam in de vruchtholte, is dan de oorspronkelijke top van den rudiment. hoorn geweest, terwijl zich hier het ei, vlak bij de inmondingsplaats in den ontwikkelden hoorn, heeft vastgezet. Hoe maakt nu evenwel Dr. SIMON zich van deze moeilijkheid af: „Wir glauben,” schrijft hij, „dass eine abdominal Schwangerschaft bestanden hat, bei welcher die rechte obere Partie des Uterus mit zur Fruchtsack verbraucht worden ist. Das, was BRESCHET für ein dem Uterusgewebe analoges Gewebe gehalten hat, dürften *vasculierte peritonitische Schwarten*, welches das Ei einhüllten, dass, was er als Peritoneum ansah *frischere Uterus und Fruchtsack überziehende pseudo-Membrane* gewesen sein.” Zoo zien wij kans om van elke interstitieele zwangerschap een abdominale te maken als men, terwijl een onderzoeker als BRESCHET duidelijk de overgang van spierbundels op den tumor constateert jure suo deze voor peritonitische Schwarten decreteert, en het peritoncum voor pseudo membraan verklaart!

Na van de lijst van Dr. SIMON twee te hebben afgetrokken en deze tot de gevallen van tubo-uterine zwangerschap te hebben gebracht, zien wij ons gedwongen deze gevallen

weer met één in den laatsten tijd gepubliceerd geval te vermeerderen.

In 1877 n.l. heeft M. JOCKWER over „ein Fall von Graviditas interstitialis” een dissertatie geschreven. Na aandachtig zijn dissertatie te hebben doorgelezen, zijn wij tot de conclusie gekomen dat JOCKWER hier van zwangerschap in een rudiment. bijhoorn had moeten spreken. Als grond hiervoor gelde de volgende beschrijving (op pag. 23) door hem bij de opening van het cadaver van den Situs viscerum gegeven: . . . „In der rechten Regio inguinalis ein abgekapselter Jaucheheerd, der bis zur Nabelhöhle reicht. Der Abses wird begrenzt vorn von der Bauchwand der er fest angewachsen ist, nach hinten und oben von den Därmen und Netz, nach links vom Uterus, oder öffnet sich vielmehr in denselben durch eine etwas zwei Mark grosse nach 5 Richtungen verzogene Oeffnung.” Kort voor den dood der vrouw n.l. had men van den uterus uit, door die opening bijna het geheele gemacereerde foetus geextraheerd. „In der Höhle findet sich noch eine weiss macerirte Phalangknochen. Uterus normal lang. *Nach links von ihm* führt durch die linke Tuben-Oeffnung, die bis zu 1 cM. in Durchmesser erweitert ist, einen Weg, in einem zweiten mit eiterigen Secret gefüllten, etwas Baumnussgrossen Behälter, in welchem die verkürzte linke Tube einmündet.

JOCKWER vertelt zelf, dat in vivo, bij het sondeeren, de uterus meer den indruk maakte van een eenhoornigen met zwangeren rudimentairen bijhoorn. „Da aber”, gaat hij voort, „der Uterus wie sich bei der Section herausstellte, *ganz normal* war, so kann der vorliegende Fall nur noch als interstitielle Schwangerschaft ausgesprochen werden.”

Nu gelooven wij, gesteld dat het mogelijk ware, dat een vrouw met tuba-uterine graviditeit zonder ruptuur 7 maanden ongestoord kan dragen, waarvan trouwens nog geen

geval bekend is, dat het dan toch absoluut onmogelijk is dat een dergelijke uterus zich „ganz normal” voordoet. En indien men onze beschouwingen hierover wel heeft overwogen, zal zulks een ieder totaal onmogelijk voorkomen. De rechter tuba moet zeer veel hoger staan dan de linker, terwijl ze volgens de beschrijving even hoog stond. Doch juist de eenhoornige uterus zal op een gewonen normalen uterus gaan lijken. Hier is dus een bijhoorn zwangerschap geweest.

Waar alzoo blijkt dat tot zelfs in den laatsten tijd met het praeparaat in de handen vergissingen en verwarringen zonder tal voorkomen, daar mag het een stout stuk blijken de diagnose intra vitam vast te stellen.

En toch „LANGIER” en „LAUGIER” hebben beiden dit reeds beproefd in 1771. Doch beide in de litteratuur bekende gevallen zijn vrij zeker vergissingen — en berusten op onregelmatige contractie-toestanden van den uterus, of misschien ook, zooals Dr. SIMON poneert op een hoogstaanden contractiering. Want een tubo-uterine graviditeit, waarbij het tubo-uterinestuk als een soort van 2^{den} uterus fungeert, dat men met de ingevoerde hand alleen door een vernauwd ring van den uterus kan onderscheiden, en dat geheel zonder bezwaar het geheele lichaam van den foetus herbergt, behoort wel tot de onmogelijkheden.

Toch zijn er in de laatste jaren, vooral in de Engelsche en Amerikaansche vakbladen onderscheidene gevallen gepubliceerd, waarbij een tubo-uterine graviditeit werd aangenomen, doch waarbij een perforatie in plaats van in de peritoneaal-holte, in de uterusholte was ontstaan.

De mogelijkheid van een dergelijk geval valt niet te ontkennen. Evenmin kan men ontkennen de mogelijkheid van een primaire tubo-uterine zwangerschap, doch waarbij de

foetus langzamerhand in den uterus groeit en zich daar verder ontwikkelt en zoo per vias naturales geboren wordt.

Een dergelijk geval is toch reeds met volkomen zekerheid door SCHULZE geconstateerd en door ons in de bovenstaande serie in extenso medegedeeld. Ware hier de wand van het hiaat in de spiermassa sterker geweest, en had de placenta wat gemakkelijker losgelaten, dan zou waarschijnlijk geen perforatie gevolgd zijn in de peritoneaalholte en was de vrouw in het leven gebleven, zonder dat het mogelijk geweest ware met zekerheid over de classificatie van dit geval iets te zeggen.

Met zekerheid een diagnose van interstitieele graviditeit intra vitam te maken, achten wij slechts onder zeer bepaalde omstandigheden mogelijk, die wij later zullen ontwikkelen. Daar deze omstandigheden nog in geen rubriek van de gepubliceerde gevallen vermeld zijn, kunnen wij niet anders dan voorloopig al deze gevallen onder de klasse B., van de twijfelachtige gevallen, rangschikken. Als een paradigma, hoe deze gevallen meest gepubliceerd worden, en waarom men altijd een zeer gereserveerde houding in acht moet nemen ten opzichte der qualificatie dezer gevallen, zullen wij het geval, gepubliceerd door Dr. GRANDIN (dat wel het best geconstateerde dezer gevallen is) in de „Transactions of the New-York obstetrical Society” eenigszins uitvoerig vermelden, om verder de ons ter kennis gekomen gevallen in het kort te memoreeren.

1^e geval. In de zitting van 21 Oct. 1890 vertelde hij het volgende: Den 16^{en} Sept. 1890 vervoegde zich Mevr. X., uit Florida bij mij. Zij was een vrouw van 25 jaren, die 10 jaar gehuwd was en 5 maal gebaard had. De laatste bevalling was 18 maanden geleden. Dit kind zoogde ze tot Oct. 1889, toen het kleintje stierf. Gedurende de lactatie had

zij geen reden zich zwanger te gelooven, ofschoon zij ook niet menstrueerde. De mensces waren weggebleven tot Febr. 1890, toen zij plotseling een profuse menorrhoe had gekregen, vergezeld van heftige pijn in het abdomen. De geconsulteerde huisdokter had bedrust en ergotine voorgeschreven, waarna zij ook gebeterd was. Einde Maart 1890 kreeg de patiente opnieuw zulk een heftige bloeding, dat zij er bijna aan succombeerde. Hierbij zeide patiente een soort membraan te zijn kwijtgeraakt. De huisdokter, dien ik speciaal kende, had nog niet de minste verdenking op zwangerschap, en ik ben overtuigd dat er toen ook nog geen bepaalde symptomen van graviditeit geweest zijn; daarvoor kende ik zijn nauwkeurigheid te goed. Van Maart af had ze telkens min of meer profuse bloedingen, soms vergezeld van heftige pijnen, soms niet, zoodat eindelijk in September om raad bij mij, als specialiteit, gezocht werd. Bij het inwendig onderzoek van de anaemische, angstig uitziende, dikke vrouw vond ik het volgende: uterus vergroot, cervicaal kanaal verwijd, ostium gesloten, het geheele orgaan was naar den bodem van het bekken gezakt; de baarmoederhals was week. Twee dagen later werd de vrouw in narcose onderzocht en alles voor currettement klaar gelegd, hetgeen ik mij voornam te doen, indien ik maar een hyperpl. ontsteking van het slijmvlies vond. Met de sonde vond ik, dat de uterus-holte 11 duim diep was en symmetrisch vergroot. Ik kwam tot de conclusie dat er fungositeiten bestonden, misschien met een klein fibroompje, waarschijnlijk gepaard gaande met een maligne ziekte van het endometrium. Met scherpe instrumenten werd nu sterk gecuretteerd en elke hoek onderzocht. Massa's vegetaties werden aldus verwijderd. De uterus werd met ac. phenyl uitgespoten, een gazen drain ingelegd, die na 24 uren verwijderd werd, en om de atonie van den uterus te bestrijden werden irrigaties

met $2\frac{1}{2}\%$ creolin gedaan. Den volgenden dag 's avonds werd ik haastig door de verpleegster ontboden. De patiente lag in een koude rilling, temp. 40.5° Celsius, (105° Fahr.) pols 120. Er werd 15 grein phenacetine toegediend en de uterus met $2\frac{1}{2}\%$ creoline geïrrigeerd. Den volgenden morgen om 5 uur kreeg ik bericht, dat Mevr. X., sterk bloedde. Er was een profuse bloeding geweest, die de verpleegster met tampons had gestopt. Ik verwijderde de tampons, bracht 4 vingers in den uterus en haalde uit een holte in den vleezigen wand van het orgaan, dicht bij de linker tuba een daar vastgehechte placenta, zoet van reuk en van 3 à 4 maanden. De holte werd gecuretteerd, met zuiver phenyl gewassen en de uterus gemasseerd om hem te doen contraheeren. Tevens werd alle 6 uren $\frac{1}{8}$ grein hydrastine ingespoten. Onder deze behandeling herstelde de vrouw. Toen werden de bloedcoagula, die zij was kwijtgeraakt, onderzocht en hierin een half ingedroogde, vergane foetus gevonden van $3-3\frac{1}{2}$ maand.

Het relaas, dat nu volgt, is niet goed verstaanbaar, indien men eenige vorige verslagen van zittingen in het „Journal” niet heeft doorgelezen. In een der vorige zittingen nl. had Dr. BACHE EMMET een geval gecommemoreerd, waarbij hij een tubaire zwangerschap in de derde maand gediagnosticeerd had, en de vrucht door faradisatie uit de tuba in den uterus en vandaar naar buiten gedreven zou hebben.

In deze zitting gaf Dr. GRANDIN te kennen, dat door dit geval de uitspraak van LAWSON TAIT geheel te niet was gedaan, die in zijn werk „Diseases of women and abdominal surgery” verklaarde, dat een geval van tubaire zwangerschap — indien het niet tijdig geopereerd werd en het ei doorgroeide — moest leiden tot perforatie, hetzij in de abdominaalholte, of in het ligamentum latum.

Dr. LAWSON TAIT, die geregeld de verslagen las, stuurde daarop een schrijven naar het Journal, dat niet erg vleierend voor Dr. GRANDIN noch voor Dr. B. EMMET was. Aan het adres van den eerste werd gericht: „it is perfectly clear that Dr. GRANDIN either has not read my book, or if he has read it, he has entirely misunderstood it.” Aan het adres van den laatste verklaarde LAWSON TAIT, dat hij wat zijn zeer uitgebreide ondervinding op dat gebied betreft, de meening was toegedaan, dat het een physische onmogelijkheid is, dat een geval van tubair. zwangerschap zoo kan eindigen. Verder: „I am so familiar with the facility with which errors are made in the physical examination of the pelvis, even by the most expert and experimental practisers, that I absolutely refuse to accept any such improbability, without the evidence of intra abdominal examination either by abdominal section before death or by cadaveric section after it.” Hij eindigde met te zeggen, dat het geval van B. EMMET waarschijnlijk een geval van uterus bifidus geweest was, waarvan een kant zwanger was en door de faradisatie aborteerde.

Op dit schrijven van LAWSON TAIT was door de beide aangevallen doctoren geantwoord op dien eigenaardigen toon, die wel eenigszins van de hoffelijke vormen bij een wetenschappelijk dispuut in de Oude Wereld verschilt.

Dit dispuut was eigenlijk nog niet geëindigd, toen GRANDIN met zijn geval van interstitieele graviditeit te voorschijn kwam. Natuurlijk gebruikte hij ook dit geval tegen LAWSON TAIT. Na het geval geëxponeerd te hebben, gaat Dr. GRANDIN aldus voort: Gedurende de lactatie-periode (waarin de vrouw, zooals gewoonlijk gaat, niet menstrueert, maar toch conceptie mogelijk is) had zij reeds krampen in het abdomen, gevolgd door het optreden van onregelmatige bloedingen.

Deze bloedingen hielden ook aan, nadat de vrouw een membraan was kwijtgeraakt. Met andere woorden, de rationeele verklaring van hare historia morbi moest voeren tot de diagnose ectopische graviditeit — en als deze persoon in handen van „zekeren” gentleman geweest was, dan zou het abdomen geopend zijn — indien nl. mijnheer LAWSON TAIT correct in zijne deductie is, dat tubo-uterine graviditeit altijd tot ruptuur leidt. Indien dit zoo ware, zou de primaire laparotomie nut gebracht hebben, maar nu blijkt uit de historia morbi, dat de vrouw noodeloos aan gevaar zou zijn blootgesteld. Met andere woorden, bij tubo-ut. zwangerschap is er niet altijd ruptuur in de peritoneaalholte te verwachten. Verder pleit het feit, dat de doode vrucht 6 maanden zonder gevaar door de moeder geherbergd werd, sterk voor een expectatieve behandeling. Eindelijk poneert Dr. GRANDIN het volgende: een van beide, de vrucht zat in utero, of in de tuba.

Tegen het zitten in den uterus pleiten de volgende feiten:

1°. Bij het curetteeren heb ik zorgvuldig elk punt van den uterus onderzocht, en als ik overweeg met welk eene zorgvuldigheid ik altijd elk plekje curetteer, acht ik het onmogelijk, dat ik de vrucht met placenta niet ontdekt zou hebben.

2°. 48 uren naderhand vond ik, na verwijdering der tampons in de uterussubstantie gebed, de placenta, bij de linker tubo-uterine vereeniging.

3°. Ten tijde van het waarschijnlijk afsterven der vrucht, vertoonde de vrouw alle verschijnselen van ectopische graviditeit.

Tegen het zitten in de tuba pleit slechts het gezegde van LAWSON TAIT, pag. 441 van zijn werk, waarin hij be-

weert, dat er altijd ruptuur in de peritoneaalholte plaats heeft en dat de diagnose interstitieele graviditeit alleen bij ruptuur mogelijk is.

Tegen TAIT's meening kan ik de meeningen van even bekwame onderzoekers aanvoeren, die mijne opinie zijn toegedaan, en de bijna algemeene overtuiging van obstetrici, dat de mogelijkheid van ruptuur in de uterusholte wel bestaat.

Ergo interpreteert Dr. GRANDIN dit geval aldus:

In Februari heeft er een ruptuur plaats gehad van een tubo-uterine zwangerschap, waarbij een deel van het ei in den uterus is gekomen. Deze toestand genas. In Maart is patient de uterus-decidua kwijtgeraakt. De verdere pijnen en vloeiingen vonden hun oorzaak in de pogingen, die de uterus deed om zijn indringer (de vrucht) kwijt te raken.

Door mijn curettement verscheurde ik de scheiding tusschen de uterusholte en de vruchtholte. Dit was voldoende om de baarmoederwand in staat te stellen zich in 48 uren van den foetus te bevrijden. Een uterus bifidus was onmogelijk. Ware dit het geval geweest, dan zoude ik het gemerkt hebben.

Op deze vergadering, waar LAWSON TAIT niet tegenwoordig was, ontwikkelde zich een zeer geanimeerde discussie, waarbij bleek, dat velen der aanwezige heeren het lang niet met Dr. GRANDIN eens waren.

De eerste opponent was Dr. H. C. COE, die meende, dat er geen voldoende gronden aangegeven waren om de diagnose tub. ut. graviditeit te maken. Hij verklaarde zelf in twee gevallen een zwangeren uterus gecuretteerd te hebben, waarbij later een vrucht afgedreven werd, en eens een collega bij een dergelijk geval geassisteerd te hebben.

Dr. W. GYLL WYLIE was van hetzelfde gevoelen, en

verklaarde, dat hij voor eenige dagen de vrouw van een collega had gecuretteerd, waarbij hij met de forceps 3 à 4 fibroïden verwijderde, die aan de curette ontsnapt waren.

Dr. R. A. MURRAY daarentegen, deelde het gevoelen van den referent.

Dr. GEORGE E. ABBOTT vroeg of de foetus ook sporen van de curette droeg.

Hierop antwoorde Dr. GRANDIN, dat men den foetus kon inspecteeren; geen spoor van eenige belediging door de curette was daaraan te zien. Men moest zich verder herinneren, dat hij de patiente gecuretteerd had om haar te genezen; zijn reputatie was er meê gemoeid, want zij was reeds onder behandeling geweest van anderen, die faalden. Hij was langs iederen hoek al schrappende met de scherpe curette gegaan, en zoo scheen het onmogelijk, dat de foetus aan de curette ontsnapt was.

Op een vraag van Dr. A. P. DUDLEY of de vorm van de baarmoeder ovaal was, antwoordde GRANDIN: neen, de uterus was naar alle zijden symmetrisch, zooals een gedeeltelijk geïnvolveerde uterus meest is.

Daarop zeiden 2 collega's, dat zij het gevoelen van GRANDIN deelden. Toen sprak Dr. MALCOLM MC LEAN, dat dit geval hem er toebracht, om bijna de geheele theorie maar over boord te werpen, en alleen maar op de bekwaamheid der onderzoekers te vertrouwen. Het scheen hem toe, dat Dr. GRANDIN, die zooveel gevallen had onderzocht, na zijn vinger in de holte gebracht te hebben, best kon voelen of de vrucht in den wand van de baarmoeder zat of niet. Hij accepteerde daarom al dergelijke vermeldingen, indien hij de bekwaamheid dergenen, die de feiten publiceerden, kende. En hij *kende* de bekwaamheid van Dr. GRANDIN.

Dr. H. M. POLK gaf daarop te kennen, dat men in gevallen als hier vermeld, buitengewoon sceptisch moet zijn en hield een philippica tegen het electriseeren bij extra-uterine graviditeit. Hierop ontspon zich een geanimeerde discussie over al of niet electriseeren.

Dr. WYLIE kreeg daarop het woord en verklaarde, dat hij ongeveer 50 à 60 laparotomiën gedaan had ter wille van ectopische graviditeit. Slechts zeer zelden kon hij positief extra-ut. zwangerschap diagnosticeeren. Vaak dacht hij een foetus te kunnen vinden doch vond er geen, terwijl hij in 4 gevallen een vrucht vond, waar hij er geen verwachtte. Hij beweerde, dat als men aan eenen kant van den uterus een tumor vond, die voortdurend groeide, — of het nu een kyste of een foetus was, dat doet er niet toe, — het toch in alle geval het beste zou zijn, den buik te openen.

Daarop verhaalde Dr. A. M. JACOBUS een geval, dat zeer veel met dat van GRANDIN overeenkwam.

Daarop deed Dr. COE nog een vraag, of het uiterlijk van den foetus niet den indruk maakte, alsof hij tegen den wand der baarmoeder was platgedrukt. Toen daarop ook nog de Voorzitter J. E. JANVRIN een toespraak hield, waaruit duidelijk bleek, dat hij het geval ook min of meer voor „verdacht” hield, scheen het geduld van Dr. GRANDIN uitgeput. Hij gaf ten minste als zijn meening te kennen: „that the man who could *only* theorize was he, who had had his finger in the uterus in the case under discussion.” Al verder, dat sommige van zijn critici niet zoo beleefd voor hem geweest waren, als hij voor hen. Hij had al het gedogmatiseer op zij gezet, zij waren het die dogmatiseerden. Zij hadden met nadruk gezegd, dat de vrucht in den uterus was; hij wou hun dan met grooten nadruk (most emphatically) antwoorden, dat hij de placenta uit een holte gehaald

had in den spierwand van den uterus. Wie zou nu tusschen hen beslissen? Op dezen toon gaat hij voort de verschillende aanvallen zijner collega's af te slaan. Aan het adres van Dr. COE werd nog gericht, dat deze heer scheen vergeten te zijn, dat er voorafgaande symptomen van extra-uterine zwangerschap geweest waren, en dat spreker een uitgebreide obstetrische praktijk, vele uteri onderzocht, vele placentae verwijderd had en dat hij zijne hoorders kon verzekeren, dat hij nooit een placenta in de uterus-holte gevonden had, zooals in dit geval. Zij bevond zich niet in den uterus maar in een holte in den wand. Er was geen sprake van een uterus bicorn. of biceptus. Hij eindigde met een leelijke „Seitenhieb" op Dr. LAWSON TAIT, dien hij beschuldigde een dogmatische onwaarheid te hebben verkondigd in zijn werk: „Diseases of Women."

Daarop vatte Dr. POLK vuur, hij vroeg den inleider of hij durfde volhouden, dat er leden van dit college waren, die er een regel van maakten om in alle dergelijke gevallen den buik te openen, en als dat waar was, wilde hij de namen weten en hen als lid royeeren.

Dr. GRANDIN retireerde daarop een weinig door te zeggen, dat hij die woorden zoo niet bedoeld had. Hij wilde alleen maar zeggen, dat hem uit verslagen van de „Society" gebleken was, dat er leden waren, die — gegeven de symptomen van extra-uterine graviditeit, gegeven het vermoeden van extra-uterine zwangerschap — den buik openden, omdat men hier nooit zekerheid kon krijgen.

Een ware storm van interrupties volgde, die hiermee eindigde, dat de president de vergadering sloot met de sommatie aan Dr. GRANDIN in een volgende vergadering met bewijzen te staven, dat deze verklaring waarheid bevatte.

Uit het verslag van de volgende vergadering blijkt wer-

kelijk, dat GRANDIN met een referaat uit het Journal voor den dag kwam. Maar hij deed dit in het begin der vergadering en de heeren waren klaarblijkelijk kalmer ten minste het referaat werd voor kennisgeving aangenomen en verder liet men de zaak rusten.

Wat ons echter in dit uitgebreid bediscussieerd geval ten uiterste verbaasde, was dat noch Dr. GRANDIN noch een zijner tegenstanders op de idee schijnt gekomen te zijn, dat hier iets anders in het spel kon zijn dan geponeerd werd, dat nl. niemand aan zwangerschap in een rudimentairen uterus-hoorn gedacht heeft.

Toch zou, gelooven wij, Dr. GRANDIN zeer verlegen geweest zijn, indien men hem gevraagd had: wat bewijs kunt U aanvoeren, dat hier interstitieele zwangerschap en geen zwangerschap in een rudimentairen uterus-hoorn heeft plaats gehad?

Aangenomen dat alle feiten, zooals Dr. GRANDIN die geeft juist geweest zijn, dat hij dus de volkomen betrouwbare en ervaren onderzoeker is, waarvoor hij zich uitgeeft, en dat derhalve de insinuaties van sommige collega's op de geciteerde vergadering geheel bezijden de waarheid geweest zijn, dan nog pleiten al deze waarnemingen evenveel voor zwangerschap in een rudiment. uterus-hoorn als voor tubouterine graviditeit.

Welke feiten toch voert GRANDIN voor zijne diagnose aan? De volgende:

- 1°. Klinische symptomen van extra-ut. graviditeit.
- 2°. Uitschrappen der baarmoeder met den scherpen lepel zonder een foetus te vinden.
- 3°. Bij palpatie met den vinger geen foetus te vinden.
- 4°. Na curetteering den volgenden dag afdrijving van een intact vruchtje.

5°. Daarop manucele verwijdering van een placenta uit een holte in den spierwand ter hoogte van de plaats, waar het ost. tubo-uterine sinistrum behoort te zijn.

Al deze verschijnselen zullen ook waargenomen kunnen worden bij zwangerschap in een rudimentairen uterus-hoorn. „Een moment willen wij nog aanvoeren, dat wel niet bepaald tegen het bestaan van een tubo-uterine graviditeit in casu pleit, maar dat toch de waarschijnlijkheidsdiagnose bij dergelijke gevallen eer op zwangerschap in een rudimentairen uterus-hoorn moet doen stellen. Wij bedoelen het statistische moment.

OTTO v. SCHRENCK heeft in 1893 een zeer volledige statistiek gemaakt over alle nieuwere gepubliceerde gevallen van ectopische graviditeit, in een dissertatie die te Jurjew (Dorpat) het licht zag. Hij publiceerde 610 gevallen. In 454 van deze gevallen was het mogelijk geweest een meer nauwkeurige diagnose te stellen en de soort van extra-uterine graviditeit te bepalen. Hiervan waren 3.6% aangegeven als het gevolg van zwangerschap in een uterus-hoorn. Van de 14 door hem geciteerde gevallen is met zekerheid geen een geval van tubo-uterine graviditeit aangetoond. Daarentegen zijn 4 van deze 14 gevallen hoogstwaarschijnlijk, zooals later zal worden aangetoond, juist gevallen van zwangerschap in een rudiment. hoorn. Telt men deze bij onze 3.6% dan komt volgens deze uitgebreide statistiek, naast bijna 4% gehoornde zwangere uteri, geen een met zekerheid aangetoonde tubo-uterine zwangerschap voor. Wanneer men dus in twijfel staat of een geval van zwangerschap tot de eene of tot de andere rubriek gerekend moet worden, dan pleit op grond dezer statistiek de kansrekening voor zwangerschap in een bijhoorn.

Nu dringt zich de volgende vraag op den voorgrond. Is

het onder bepaalde omstandigheden mogelijk, dat een vrucht, die zich in het interstitieele gedeelte van de tuba ontwikkelt, per vias naturales geboren wordt? Theoretisch kan tegen de mogelijkheid niet veel bezwaar worden gemaakt. Als het eitje toch door de een of andere omstandigheid, een sterke vernauwing van het ostium — tubo-ut. b. v. vlak bij dit ostium, zich gaat ontwikkelen, dan is het best mogelijk, dat door dit zich ontwikkelende ei de opening verwijd wordt, zoodat ten slotte zelfs een deel van het ei zich in de baarmoeder verder ontwikkelt. Maar ook daar waar het ostium geheel gesloten geweest is, kan, indien het ei dicht bij het uterine uiteinde van de tuba zich ontwikkelt, de mogelijkheid van een ruptuur in de uterusholte niet ontkend worden. En dat deze gevallen werkelijk voorkomen, wordt onomstootelijk bewezen door het geval van LEOPOLD, dat wij hierboven in extenso hebben vermeld. Wij hebben daar ook de gronden ontwikkeld, waarom dit geval onbetwistbaar tot de gevallen van tubo-uterine graviditeit gerekend moet worden. Dit geval is echter het eenige in de geheele litteratuur maar daarnaast komen meerdere gevallen voor, waarbij de vrucht in de baarmoederholte werd gesloten, en die als tubo-uterine graviditeiten werden geboekt, doch waarvan wij aangetoond hebben of nog zullen aantoonen, dat zij inderdaad tot de rubriek: „zwangerschap in een rudimentairen hoorn” teruggebracht moeten worden. Terwijl de mogelijkheid van interstitieele zwangerschap met geboorte per vias naturales niet kan worden ontkend, moet als voorname eisch worden gesteld, dat zwangerschap in een rudimentairen hoorn worde buitengesloten. In alle gevallen nu, die als gevallen van tubo-uterine zwangerschap zijn gepubliceerd en waarbij de vrouw is blijven leven, is er van een differentiaal diagnose tussehen tubo-uterine gra-

viditeit en zwangerschap in een rudimentairen hoorn geen sprake geweest. Daarom zijn wij genoodzaakt al die gevallen onder de dubieuse gevallen te rangschikken. Bestaat er echter mogelijkheid dat intra vitam in zulke gevallen als die van GRANDIN, met volkomen zekerheid de diagnose tubo-uterine graviditeit gesteld wordt? Wij meenen van ja. De gronden, waarop deze meening steunt, zijn de volgende. Bij de ontwikkeling van een tubo-uterine zwangerschap moet er, om de door ons aangegeven redenen, een verschil in stand ontstaan tusschen de beide ostia tubo-ut. en evenzeer tusschen de beide tubae. Het ostium aan de zijde, waar de vrucht zich ontwikkelt, moet hooger komen te staan dan het ostium aan de andere zijde. Evenzoo is het met de tuba en de ligamenta rotunda.

Indien men dus, gegeven een geval van extra-uterine graviditeit, het ovarium en de tuba aan de gezonde zijde kan betasten en deze omlaag in de bekkenholte vindt, is naar ons inzien de diagnose interstitieele graviditeit zeker. Van alle gevallen, die in den laatsten tijd, vooral door Amerikaansche gynaecologen zijn gepubliceerd, vermeldt Dr. SIMON alleen het geval van JANVRIN, dat hij echter niet heeft kunnen naslaan.

Behalve dit geval, vonden wij nog de volgende gevallen in de litteratuur, die wij kort zullen vermelden, omdat zij in de hoofdzaken met het door ons breedvoerig geciteerde geval van GRANDIN overeenkomen.

2^e geval. Het geval van HAY beschreven in de „Lancet” van 1886 in het nummer van den 16^{en} Jan. Hij werd bij eene primipara geroepen, die licht febreciteerde. Zij klaagde over pijn in het lijf, vooral links beneden, die de laatste 24 uren zeer hevig geworden was. Hier bevond zich een gezwel ter grootte van een vuist, zeer bewegelijk, dat aan

den binnenkant een verlengstuk vertoonde. Bij gecombineerd onderzoek werd geconstateerd, dat de uterus niet in het proces begrepen was, en de diagnose werd op tubair zwangerschap gesteld. Prof. STIRTON werd in consult geroepen en sondeerde den uterus, hij stelde de diagnose op ovariaal tumor, vooral daar juist wat bloed afliep, dat veel op menstrueel bloed geleek. Patiente had ook geen gepigmenteerde areola, noch opgezette borsten. Ook had ze zich in het geheel niet onpasselijk gevoeld.

Zes dagen later kreeg zij weeachtige pijnen, en aborteerde een vrucht van 4 maanden tegelijk met placenta en decida. Men vermoedde nu, dat het wel een uterus duplex kon zijn, doch gaf toch aan de diagnose tubo-uterine zwangerschap de voorkeur, omdat na de geboorte het gezwel in de linkerzijde geheel verdween, en de sonde een bijna virginalen uterus aanwees. Het verlengstuk, dat HAY voor de geboorte gevoeld had, hield hij nu voor de beenen der vrucht. Twee en een half jaar later beviel de vrouw van een voldragen vrucht. Het verwonderlijke van het geval was, dat in het begin der zwangerschap het eigenaardige gezwel in de linkerzijde weer gevoeld was geworden.

In de 4^e zwangerschapsmaand had het zich plotseling verplaatst en was in een normale zwangerschap overgegaan. Volgens het gevoelen van HAY, zou nu opnieuw de vrucht in de baarmoeder zijn overgegaan, echter met het onderscheid, dat de vrucht dezen keer was blijven leven en voldragen geworden was.

Ons komt de appreciatie van dit geval onmogelijk voor. Indien men de dikte van den wand van de tuba vergelijkt met die van de baarmoeder, en nagaat, hoeveel dunner hij nog wordt in gevallen van tubair zwangerschap, daarbij overweegt hoe weinig spierbundels zich in den

tuba-wand bevinden, dan moet men de onmogelijkheid inzien, dat door contractie der tuba alleen een perforatie in de uterus-holte kan tot stand komen. Tegen het bestaan van een zuivere tubo-uterine zwangerschap, waarbij men dan een voldoende aantal spierbundels, die afkomstig zouden zijn van den wand der baarmoeder, in den wand van den vruchthouder zou kunnen aannemen, pleit alleen reeds voldoende het feit, dat de tumor telkens werd geconstateerd te zijn geheel bewegelijk en onafhankelijk van de baarmoeder.

Wij gelooven, dat dit geval slechts op twee wijzen te verklaren is: of een uterus duplex of — wat ons het waarschijnlijkst voorkomt — een uterus unicornis met min of meer rudimentairen bijhoorn. Deze bijhoorn nl., was nog al krachtig ontwikkeld, zoodat hij in de 4^e zwangerschapsmaand door het opengebleven verbindingsstuk met den ontwikkelden bijhoorn de vrucht kon aborteeren, en verder nog ruimte genoeg aanbood voor het zich verder ontwikkelen van de placenta. Maar toch was hij weer zoo rudimentair, dat de geheele bijhoorn post partem zoo involveerde, dat hij niet meer waar te nemen was. Zoo beschouwen wij ook het geval dat wij hierboven reeds kort geciteerd hebben, en dat wij ter wille der volledigheid hier kort laten volgen, nl.:

3^e Geval, dat van BACHE EMMET. Het komt voor in de „Transactions of the New-York obstetrical Society” in het nummer van 15 April 1890.

Het betrof eene vrouw, die deze onderzoeker reeds jaren kende en die twee kinderen normaal gebaard had en ééne miskraam had gehad. Zij had den 16^{en} Jan. voor het laatst gemeenstrueerd en kwam midden Febr. bij B. E. klagen over pijn in de borsten en lastige sensatie in het bekken.

Den 3^{en} Maart kwam zij terug met dezelfde klachten en den 17^{en} Maart nog eens; B. E. onderzocht telkens de vrouw bimanueel, vond totaal geen vergroting van den uterus, en gevoelde zich zoo overtuigd dat de vrouw in het geheel niet zwanger was, dat hij het geoorloofd achtte de sonde te appliceeren. Toen de tijd aankwam waarop de menses gewoonlijk bij haar optraden, gaf hij emmenagoga en raadgevingen om de periode te doen terugkomen. Den 24^{en} Maart kwam de vrouw terug zonder eenige fluxus gehad te hebben. Toen onderzocht hij haar nogmaals nauwkeurig en ontdekte nu een kleine globulaire massa aan de linkorzijde der baarmoeder. Deze zelf was een weinig vergroot. Hij was zoo zeker dat de baarmoeder leeg was, dat hij de diagnose „ectopische zwangerschap” stelde. Om geheel zeker te zijn sondeerde hij nog eens. De sonde ging bijna 3 inch ($7\frac{1}{2}$ cM.) in de baarmoeder. Noch pijn noch bloeding traden hierbij op. Daarop wendde hij den galvanischen stroom aan en wel 50 milliampère. Den 28^{en} Maart zag hij pat. opnieuw en gebruikte wederom 50 m. a., doch daar deze stroomsterkte buitengewoon pijnlijk was, verminderde hij ze tot op 30 m. a. De massa was nu merkbaar kleiner geworden, en op den 4^{en} April was de baarmoeder wel breeder geworden maar niet dieper. Den 8^{en} Maart kon de sonde $3\frac{1}{2}$ inch ($8\frac{3}{4}$ cM.) in den uterus doordringen, bij het uithalen was hij niet bloederig gekleurd. Den 11^{en} de vrouw onderzoekende was de tumor kleiner geworden, zoodat hij niet grooter was dan een amandel. Daar B. E. van meening was dat de galvanische stroom „seine Schuldigkeit gethan” had, hield hij met de behandeling op. Den 14^{en} begon de vrouw te vloeien en in den nacht van den 14^{en} op den 15^{en} Maart werd hij ijlings ontboden en vertelde de verpleegster hem, dat de vrouw een sterke vloeijing en

weeën gehad had, eindelijk, dat ze een bloederige massa was kwijtgeraakt, welke hij herkende als te zijn het geheel intacte ei. Het was voor den duur der zwangerschap buitengewoon groot en had den vorm van den uterus aangenomen. B. E. onderstelde, dat de vrucht van de tuba in den uterus gedreven was, dat er zich hier een bloedcoagulum om heen had gevormd en het zoo den vorm van de baarmoeder had aangenomen. In den namiddag van den 15^{en} was een decidua afgegaan.

Dit geval zou volgens Dr. LAWSON TAIT een geval van uterus duplex geweest zijn. Ons komt het echter onverklaarbaar voor, hoe een eenigszins ervaren onderzoeker zoo vaak kan onderzoeken bimanueel, met de sonde enz. zonder een dergelijke afwijking vast te stellen. Op hierboven ontwikkelde gronden komt ons een tubaire zwangerschap ook geheel onaannemelijk voor. Onderstelt men echter een eenhoornigen uterus met zwangeren rudimentairen nevenhoorn, waarbij het verbindingsstuk met den hoofdhoorn open is gebleven, dan verklaart zich het geheele geval vanzelf.

4^e geval. GRÜN heeft in 1886 in de „Transact. of the obstetric. Society of London” een geval beschreven, dat zeer veel op dat van HAY geleek. Ook hier was een vuistgrootte tumor links te constateeren, die in de 5^e zwangerschapsmaand verdween, nadat een vruchtje van ongeveer 4 maanden was afgedreven. De placenta was evenwel veel grooter dan de vrucht zou doen veronderstellen, zij was 5 duim lang en rolrond. GRÜN laat dezen vorm sterk voor een tubair zwangerschap pleiten en veronderstelt, dat de vrucht reeds een maand voor de uitdrijving was afgeschoven, terwijl de placenta was blijven doorgroeien. Ons komt het evenwel voor, dat in een rudimentairen nevenhoorn de placenta evenveel (juister zou 't zijn te zeggen even weinig)

kans heeft een rolronde gedaante aan te nemen dan in een tuba, en dit geval dus evenals de vorige tot zwangerschap in een rudimentairen bijhoorn moet worden gebracht, en wel op grond van het vaststellen van een tumor geheel vrij van den uterus.

5^e geval. Het geval van HENNIG. — Gepubliceerd in de Verslagen van de „Gesellschaft für Gynecologie zu Leipzig 1888.” Het liep over eene vrouw van 22 jaren, die 5 maanden te voren zonder kunsthulp gebaard had en waarbij verder de menses wegbleven. De laatste 4 weken klaagde zij over pijn in den onderbuik. In de rechter ovariaalstreek werd daarop bij palpatie een vuistgrootte tumor geconstateerd. Een paar maanden later klaagde ze opnieuw over pijnen in het gezwel en werd een embryo van 12 weken afgedreven. Twee dagen later raakte ze chorionvlokken en een decidua kwijt. Tien dagen later was het gezwel geheel verdwenen en de uterus van normale grootte. De waarschijnlijkheid-diagnose werd op tub. ut. graviditeit gesteld, doch steunt al op zeer losse gronden.

6^e geval. Het geval van SKUTSCH, dat beschreven staat in de „Korrespondenzblätter des Allgemeinen ärztlichen Vereins von Thüringen 1889.” Het betrof een 21jarige primipara, die op het einde der zwangerschap een bijzondere prominentie aan de insertieplaats van de tuba vertoonde. De hand, die per vaginam exploreerde, voelde bij bimanueel onderzoek, dat de fluctuatie zich van den tumor tot op den vinger voortplantte.

Toen spoedig na de ontsluiting de vliezen verscheurd werden, begon de tumor zich te verkleinen en verdween geheel toen het vruchtwater was afgevoerd.

Na extractie van het kind bleek, dat de placenta aan den achterkant zat. Deze beschrijving laat de diagnose zeer

dubieus, dewijl op de verhouding van tubae enz. niet is gelet.

7e geval. In 1888 heeft SCHWARTZ in de „Wiener Med. Blätter” het volgende geval van buitenbaarmoederlijke zwangerschap gepubliceerd: Een vrouw van 21 jaren, die 5 maanden van te voren gebaard en hiervan de eerste $1\frac{1}{2}$ maand gezoogd had, vervoegde zich den 25^{en} April ten zijnent. Ten tijde van het spenen was een kortstondige bloeding uit de genitaliën opgetreden. Sedert dien tijd was de periode weggebleven, maar toch traden telkens om de 4 weken pijnen op.

SCHWARTZ vond bij het onderzoek melk in de borsten, de uterus bleek nauwelijks weeker dan gewoonlijk en bij het onderzoek per rectum slechts 1 cM. langer dan normaal. Nu werd de uterus voorzichtig gesondeerd en leeg gevonden, waarna noch bloed noch water ontlast werd. In de streek van den rechter eierstok werd een gezwel, ter grootte van een mannavuist, gevonden, dat een weinig bewegelijk, spontaan bijna niet, doch bij druk zeer pijnlijk was en in de streek van den rechter uterushoorn was een breede weeke brug naar het gezwel waar te nemen; de linker ovariaal streek was slechts half zoo gezwollen en minder pijnlijk.

Den 30^{sten} April kreeg de vrouw weeachtige pijnen in het rechter gezwel en beviel van een vruchtje van 12 weken. Den 1^{sten} keer ontlastte zij chorionvlokken en een dunne kleurloze decidua, die denzelfden bouw vertoonde en met dezelfde webvormige teekeningen voorzien was, als bij een door hem geopereerd geval van tubair. zwangerschap voorgekomen was.

Nadat deze, met veel bloeding verbonden abortus, tot stand was gekomen, scheen de tumor de helft kleiner en

weaker geworden en niet alleen dichter naar den uterus gekomen, maar ook door een dikkere brug meer massief met de rechter zijde van den uterus verbonden te zijn. Den volgenden dag, nadat een zekere hoeveelheid water uit de genitalien gekomen was, werd de tumor nog kleiner. Tien dagen later was de baarmoeder bijna tot op haar normale grootte teruggekeerd, doch het gezwel was even groot gebleven en nog zeer pijnlijk. Met de gewone sonde kon men de uitmonding van de rechter tuba niet binnendringen, wel met de tubensonde van TYLER SMITH, waarop een kleine bloeding en verder langzame genezing volgden. SCHWARTZ meent hier met volkomen zekerheid een geval van tubair zwangerschap („interstitiell eingenistet” voegt hij er verklarend bij) voor zich gehad te hebben, dat met abortus per vias naturales zou geëindigd zijn. Hij grondt deze zekerheid daarop, zooals hij het in de epicrisis uitdrukt: „dass das runde Mutterband deutlich zwischen dem Uterus und der Geschwulst herablaufend gefühlt worden war.” Hij hield dus de verbinding tusschen uterus en den tumor voor het ligamentum rotundum, want bij het verslag van zijn onderzoek spreekt hij van geen andere streng.

Indien deze zijne opvatting echter de ware is, dan is het ook zoo klaar als de dag, dat hij in geen geval van een interstitieele zwangerschap had mogen spreken. Want bij een interstitieele zwangerschap gaat het ligamentum rotundum *lateraal* van den zwangeren hoorn af, en kan dus onmogelijk tusschen het zwangere deel en de baarmoeder liggen. Overigens is het wel onmogelijk aan interstitieele zwangerschap te denken, aan een zwangeren uteruswand dus, waarbij deze zich van den uterus afgescheiden zou hebben en door een breede brug met den uterus (?) zou verbonden zijn. Om reeds ontwikkelde redenen achten wij

in dit geval ook eigenlijke tubair zwangerschap, waarbij de tuba haren inhoud voor het interstitieel kanaal in den uterus uit zou storten, voor geheel onmogelijk. Alles vindt echter een natuurlijke verklaring, indien men een eenhoornigen uterus met rudimentairen bijhoorn aanneemt.

De brug, hierboven bedoeld, wordt dan het opengebleven verbindingsstuk van den bijhoorn met den hoofdhoorn. Door het passeeren van den foetus zal het lumen aanzienlijk moeten verwijd worden, het stuk wordt dus breeder en dit zal tevens een moment zijn voor de verkorting der buis. Zooals wij reeds hebben aangetoond, leidt zwangerschap van den bijhoorn in een eenhoornigen uterus er toe, den hoofdhoorn op een normalen uterus te doen gelijken, en zoo is het natuurlijk, dat de sonde van TYLER SMITH niet in de tuba, maar in het zich reeds weder vernauwd hebbende verbindingsstuk van den rudimentairen bijhoorn met den hoofdhoorn is gedrongen. Zoo is het verder natuurlijk, dat de tumor post abortum zich zeer snel tot op zekeren graad verkleinde, doch toen vrij wel stationnair bleef, daar de rudimentaire bijhoorn toch altijd als tumor bleef bestaan.

Ook dit geval moet dus met groote waarschijnlijkheid tot de gevallen van zwangerschap in een rudimentairen bijhoorn worden teruggebracht.

8e geval. „In de Sitzungs-berichte der Geburtshelfer und gynaecologischen Gesellschaft in Wien van 14 Oct. 1890” bericht Prof. CHROBAK onder 5 gevallen van extra-uterine graviditeit het volgende: In de kliniek werd een vrouw opgenomen, bij wie een vruchtzak opgemerkt werd links achter de sterk vergroote baarmoeder. De vruchtzak was zoo dun, dat men de bewegingen van het kind en afzonderlijke deelen door den buikwand heen kon zien. Op het

eind van de zwangerschap kon men van het gedeelte, dat als uterus was beschouwd, niets meer waarnemen, en nu kon men gemakkelijk aantonen, dat de vrucht in de uterus-holte lag. Voorzichtig voegt CHROBAK aan deze korte memorisatie toe: „dass diagnostische Schwierigkeiten bestehen zwischen der extra-uterine Gravidität und eine Swangerschaft bei ungleichmässiger Ausdehnung einer Uteruswand.” Hij beweert verder, dat hier ook aan een interstitieele zwangerschap gedacht kan worden, waarbij het ei dicht bij het ost. ut. tubae geïmplanteerd is. Ons komt het echter voor dat in casu een tubo-uterine zwangerschap eindigend in een uterine onmogelijk is — en dat dus de eerste onderstelling van Prof CHROBAK als de alleen denkbaar mogelijke aangenomen moet worden. Want, waar de wand, die vrij in de buikholte uitsteekt, zoo papierdun is, dat men de vruchtdeelen er doorheen zien kan, en de vruchtblaas dus reeds een aanzienlijke uitgebreidheid heeft gekregen, „daar zou noodzakelijk perforatie in de buikholte moeten volgen. Alleen een spierachtige uteruswand kan door contractie van zijn spiervezels een dergelijke dunne plaats als het ware weer verdikken en een genoegzamen weerstand voor verdere uitdrijving opleveren. — Overigens, indien men hier een partieele retroversie van den uteruswand aanneemt, wordt het geheele geval zonneklaar. De vrucht was, zooals trouwens meer opgemerkt is, in een zakvormig uitgestulpt gedeelte van den achtersten uteruswand gelegen, en naar voren voelde men nu het overige gedeelte van de baarmoeder, die als geheele uterus imponeerde. Gedurende de partus verloopen deze toestanden bijna altijd normaal.

9e geval. In de „Medische Rundschau” van 1891 heeft Lwow het volgende geval beschreven, onder den naam van uterine graviditeit. Hij werd geroepen bij een 27 jarige

vrouw, die zesmaal reeds gebaard had, de laatste maal — een halfjaar geleden — van een dood kind verlost was, en na deze kraam aangaf heftige pijnen en koorts in het kraambed gehad te hebben. Zij had den 10^{den} October 1890 de laatste periode gehad. Den 3^{den} Februari — de datum waarop zijn hulp gezocht werd — bloedde de vrouw en had weeachtige pijnen, die zij zeide reeds sedert 18 Jan. gehad te hebben, maar die nu zeer veel heftiger geworden waren. Bij het onderzoek vond Lwow de rechter onderbuikstreek tot den navel door een eivormigen, steeds gespannen, bij druk licht gevoeligen tumor ingenomen, die met zijn linker kant de linea alba 5 cM. overschreed. Bij het optreden van een wee contraheerde zich het gezwel, waardoor zijn contouren zichtbaar werden. Bij inwendig onderzoek vond hij een weeke port. vag., die naar achteren en naar links verdrongen was. De uitwendige baarmoedermond was voor een vinger toegankelijk. De uterus was vergroot, had de grootte van een ganzenei, was naar voren en naar links verplaatst. Rechts, dicht bij den fundus begon de tumor, die de geheele rechter bekkenhelft innam en tot aan den navel reikte. Bij het zich samentrekken van den tumor voelt men ook een contractie aan de uteruszijde. Rechter helft van den fundus was tweemaal zoo groot als linker. Diagnose: Rechtszijdige tubo-uterine graviditeit. — De scheede werd daarop getamponneerd, om de bloeding tegen te gaan.

Op den 12^{den} Februari eindelijk werd een intact ei van ongeveer 6 maanden geaborteerd, tegelijkertijd met den geheelen uterus-decidua. Het verder verloop was gunstig. Ons komt het alweer zeer lastig voor aan te nemen, dat een tuba zich bij een wee zoo kan samentrekken dat „de contouren zichtbaar zijn”. Indien dus Lwow werkelijk in

de uterusholte gezocht heeft, en deze leeg heeft gevonden, is dunkt ons hier alleen of een uterus duplex, of een rudimentaire hoorn aanwezig geweest.

10^e geval. In ditzelfde jaar heeft AXTELL in „de New-York Med. Journal” (September nummer) een geval gepubliceerd, dat bij een vrouw voorkwam, die meerdere abortus gehad had en twee voldragen kinderen ter wereld had gebracht. Toen hij bij de vrouw kwam, vond hij deze zeer zwak en bloedende. Hij onderzocht haar en vond een vergrooting van den uterus tot 10 cM. lengte met de sonde gemeten. De diagnose werd gesteld op een slecht geïnvolveerden uterus en endometritis. Daarop werd gecuretteerd. Uit de streek van den rechter hoorn werden groote stukken slijmvlies te voorschijn gebracht, maar de holte zelve scheen ledig. Op den derden dag werd onder sterke zeer pijnlijke weeën een 15 cM. lange vrucht uitgestoot en een groote placenta lag los in de baarmoederholte. AXTELL nam aan, dat hij met een rechter tubouterine zwangerschap had te doen gehad. In aanmerking nemende hetgeen Amerikaansche doctoren in de door ons uitvoerig aangehaalde zitting verteld hebben, achten wij ondanks het curetteeren, de aanwezigheid der vrucht ab initio in de baarmoederholte niet onmogelijk. Evenmin is bewezen dat hier geen zwangerschap in een rudimentairen hoorn heeft plaats gevonden.

11^e geval. In het „New-York med. journal van het jaar 1892” verhaalt ROBINSON het volgende geval: Hij werd geroepen bij een door de griep zeer verzwakte zwangere vrouw, die aan heftig braken, algeheele slapeloosheid en beginnende nephritis leed. Hij achtte het opwekken van een abortus geïndiceerd, hij vond echter de baarmoeder wel vergroot (5 Eng. duim) maar leeg. Aan de rechter uitmon-

dingsplaats van de tuba was een kleinen tumor te voelen en verder nog een paar bloedklonters. Er kwam geen beterschap, totdat na eenige dagen er plotseling onder sterke weeën een vrucht en spoedig daarop nog een vrucht afgedreven werd. Naar de grootte enz. te oordeelen waren ze van de 14^{en} zwangerschapsweek. Daarop volgden nog meer bloedingen, die de vrouw zoo verzwakten dat eene laparotomie niet geoorloofd scheen. 12 dagen na het afgaan der beide vruchtjes raakte de vrouw twee placentae kwijt. De zieke stierf daarop aan uitputting. Sectie is niet gedaan. De diagnose tweelings tubo-uterine zwangerschap komt ons hoogst twijfelachtig voor, en in het geheel niet gemotiveerd.

12^e geval. Ten slotte mogen wij het geval van JANVRIN niet vergeten, dat Dr. SIMON niet heeft kunnen naslaan, doch door hem wel geciteerd is en dat bij deze in leven gestelde diagnosen behoort, die niet door een sectie bevestigd zijn. Het is te vinden in de *American Journal of obstetric*. VII pag. 428 en komt in het kort hierop neer: Eene vrouw, die 4 kinderen gehad had, en zonder eenig bezwaar gebaard had, werd weer zwanger; zij wist den datum der conceptie nauwkeurig. Zes weken later had ze een lichte hemorrhagie. Dit werd twee of drie keeren gedurende 2 weken herhaald, en ze dacht een miskraam te zullen krijgen. Toen werd JANVRIN geroepen en toen hij haar onderzocht, veronderstelde hij, dat ze een tubaire zwangerschap had. Aan den linkerkant was een verbreeding van de tuba en tusschen deze en den uterus was een diepe gleuf, breed genoeg om bij bimanueele palpatie zijn vinger er tusschen te leggen. Hij beval den galvanischen stroom aan, maar eischte eerst een consult. Dit had plaats met Dr. T. G. THOMAS op den volgenden dag. Toen was de tumor verplaatst meer naar den uterus toe en zuiver inter-

stitieel geworden. Dr. THOMAS bevestigde de diagnose en 24 uren later ging bijna de geheele decidua af. De vrouw was toen juist 2 maanden zwanger. Twee maanden later raakte de vrouw een vrucht van 2 maanden kwijt, die geheel geplet scheen. Hij was overtuigd dat hier een tubaire zwangerschap bestaan had, vlak bij de baarmoeder, die enkel door manipulaties bij het onderzoek in een uterine overgegaan was. Alzoo zou volgens hetgeen deze specialiteit vond de galvanische stroom ook al overbodig zijn. Niets eenvoudiger dus dan zijn voorschrift: Gegeven een geval van tubair zwangerschap, manipuleer maar flink, dan gaat zij over in uterine zwangerschap. Ons dunkt dit procédé echter wat al te Amerikaansch, en wij gelooven stellig, wanneer bij echte tubair-zwangerschap een dergelijk advies werd gevolgd, men wel ruptura tubae in abdomine, maar verder niet veel ander effect zou zien.

13e geval. Het volgende geval, dat gepubliceerd is door CHARLES JEWETT in de „Transactions of the New-York obstetrical Society van 1891” maakt wel den indruk een geval van interstitieele graviditeit te zijn, doch de schrijver noemt geeneen symptoom op, waarop de differentiaal diagnose met zwangerschap in een rudimentairen hoorn zou kunnen steunen. — Een afbeelding ontbreekt ook, zoodat we het geval tot de dubieuse moeten brengen, ofschoon het in zijn verloop eenige overeenkomst met ons geval vertoont. Wij laten het dus hier volgen:

Mevrouw X, 28 jaar oud, 9 jaren gehuwd heeft slechts één kind, thans 7 jaren oud, gekregen. Voor 6 jaren heeft ze een miskraam gehad van 2 à 3 maanden en leed sedert dien tijd min of meer aan bezwaren in den bekkenstreek, gepaard gaande met stoornissen in de menstruatie.

Zij twijfelde niet meer aan zwangerschap tot het laatst

van 1890. Sedert midden November toch meende zij weêr zwanger te zijn. Den 10^{en} Januari kreeg zij pijnen in de stuit en raakte bloed per vaginam kwijt. Van dien tijd af was zij steeds geneigd tot braken. Den 29^{en} Maart had zij een heftigen aanval van pijn in den onderbuik. Dr. JEWETT werd geconsulteerd en nam behalve een subfrequenten pols geen andere stoornissen waar. Den 3^{en} April kreeg patiente een nieuwen aanval. Nu vertoonde ze teekenen van collaps; een uiterst witte kleur — een pols eerst 99, doch spoedig 150 in de minuut; temperatuur 99.2° Fahrenheit (39.5 Celsius). Den volgenden dag was de pols filiform, niet meer te tellen, met den stethoscoop 160, temperatuur 38° Celsius. Verder bijna geen symptomen, alleen was het onderste gedeelte van den buik uiterst gevoelig bij drukking. De hals van de baarmoeder werd bij inwendig onderzoek week en de uterus vergroot gevonden en naar links verplaatst. De diagnose werd gesteld op ruptuur van een ectopische zwangerschap. Het bleef echter dubieus van welken tijd de zwangerschap dateerde, daar niet uitgemaakt kon worden of de bloeding in Januari een menstruale geweest was of niet.

Er werd een poging gedaan om het bloedend deel te bereiken en te onderbinden. De patiente kwam door het inspuiten met ether weêr zichtbaar bij. Daarna werd er in de linea alba een incisie van omstreeks 2 duim gemaakt — en de peritoneaalholte geopend, waaruit bloed te voorschijn kwam. De bekkenorganen vertoonden oude en nieuwe adhaesies en teekenen van een beginnende peritonitis. In den rechter hoorn van den uterus was een scheur van ongeveer 2 duim in diameter. Hij strekte zich van een punt uit, dat zich juist achter de insertie van de tuba bevond. De gescheurde hoorn had zich zoo geheel terug-

getrokken, dat de vorm der baarmoeder bijna geheel symmetrisch was. De wanden waren bezet met stukken placenta, aan het grootste stuk bevond zich nog de navelstreng. Aan het andere eind van deze was de foetus, die tusschen de ingewanden lag. Het was een vrucht van $\pm 4\frac{1}{2}$ maand. Met warm water werd daarop het abdomen uitgespoeld en de gescheurde baarmoeder in de abdominaal opening getrokken. Met den vinger werd toen het orificium tubae uterinum verwijld en werden de rechter tuba met het ovarium weggenomen. De kanten van de scheur werden daarop effen gemaakt, het placentaweefsel weggeprepareerd, en de tegenovergestelde deelen van de holte in den hoorn met diepe zijden suturen tot elkaar gebracht. Het peritoneum werd toen daarover gehecht en terwijl gepoogd werd een lichte bloeding, het gevolg der gescheurde adhaesie te stillen, stierf de patient. Verder wordt van de verhouding der tubae of den fundus geen woord gerept.

14^e geval. In het nummer van 31 Juli 1890 van het „Deutsches Medicinisches Wochenschrift” dat uitgegeven wordt door Dr. Paul Börner, heeft Dr. A. BERNAYS, professor te St. Louis, een geval van buitenbaarmoederlijke zwangerschap medegedeeld, dat, hoewel ook naar ons inziens met groote waarschijnlijkheid tot de gevallen van tubo-uterine zwangerschappen behorende, geen van de specifieke kenmerken van deze soort vertoont. Het geval is daarom merkwaardig omdat, gesteld dat hier werkelijk tubo-uterine graviditeit bestaan heeft, dit geval met ons geval de twee eenige gepubliceerde gevallen zijn, waarbij de vrouw door een laparotomie van den dood is gered.

Dr. BERNAYS verhaalt dan, dat hij den 12^{en} Maart 1890 door Dr. KLEINECKE te hulp geroepen werd bij eene vrouw, die in collaps verkeerde en waarbij hij een gesprongen tu-

bair zwangerschap vermoedde. Deze vrouw was 25 jaren, 4 jaren gehuwd geweest en moeder van een tweeling van drie jaren, was na dien tijd niet meer zwanger geweest. De laatste stonden dateerden van 23—27 December. Den 6^{en} Maart was ze stukjes kwijtgeraakt doch had hierbij niet de minste bezwaren gehad, zoodat ze zelfs geen geneesheer had geconsulteerd. Op den 11^{en} Maart te 5 uren was patiente bij het optillen van een zwaren kool-emmer bewusteloos in elkaar gezakt. Een uur daarna kwam ze weer bij en behield niets dan neiging tot braken en hevige buikpijnen. Pols 80. Den volgenden morgen (12 uur) vond Dr. KLEIN-NECKE de patiente zeer bleek met een pols van 100 slagen, een zeer gevoeligen en ietwat opgezetten buik. Des middags, vóór hij naar Dr. BERNAYS ging, had hij de vrouw bezocht, wier pols 140 slagen deed en die van de eene flauwte in de andere viel. Daar BERNAYS voor dringende chirurgische ongevallen een zeer groot bestek had laten maken, waren zijn instrumenten klaar en kon hij zich met 2 assistenten onmiddellijk naar de vrouw begeven. Bij aankomst vond B. de vrouw gecollabeerd met een zwakke pols van 144. Bij inwendig onderzoek werd de uterus een weinig vergroot gevonden doch verder in normale ligging. De vrouw was tijdens het onderzoek in zwijm gevallen, maar door drukking op de baarmoeder kwam de patiente weer tot bewustzijn. De diagnose werd op intra-abdominale bloeding gesteld waarschijnlijk tengevolge van een gebarsten ectopische zwangerschap. Binnen 10 minuten werd de keuken, het eenige genoegzaam verlichte en warme vertrek in huis in een operatiekamer veranderd, chloroform gegeven en met ééne snede de buikbekleedselen tot op het peritoneum gekliefd. In het peritoneum werd toen een kleine opening gemaakt en de membraan zoo ver opgescheurd, dat B. zijn hand in de buikholte

kon brengen. Eerst werd 2—4 liter bloed uit de buikholte ontlast. B. onderzocht daarop de uterus en voelde duidelijk hoe het bloed uit een gescheurd gedeelte van de rechter tuba stroomde. De bloeding werd oogenblikkelijk met den vinger gestelpt, en de eierstok met ligam. lat. en tuba in den buikwond gehaald. Het gebarsten gedeelte van de tuba lag vlak bij den uterus en om de bloeding definitief tot staan te brengen, moest B. den rechter uterus-hoorn in de klem-pincetten pakken.

De scheur in de tuba was 4 cM. lang, de wanden van den zak hadden zich samengetrokken en het ovum met veel geronnen bloed lag in den gescheurden zak ongeveer zooals een eikel in het kapje. Het distale $\frac{3}{4}$ gedeelte van de rechter tuba was volkomen normaal, en ongeveer 2 cM. van het uterine einde van de tuba had aan de vorming van den zak deelgenomen en wel zóó, dat alleen dat deel der tuba, dat naar de buikholte gericht was, uitgezet was, terwijl het deel, dat naar den breeden moederband gericht was, den bodem van den eizak vormde. De mediale wand van den eizak was door den rechter uterus-hoorn gevormd. De ligatuur, waardoor de eizak werd afgebonden, omvatte den uterus-hoorn, en de schaar, die den zak afknipte, bewoog zich nog in uterusweefsel. De stomp werd in de buikholte gebracht. Er werd geen toilet gemaakt en de buik gesloten. De vrouw genas. Ongetwijfeld valt hier veel voor interstitieele zwangerschap te zeggen, doch indien men zich voorstelt, dat gevallen zooals dat van BAART-DE-LA-FAILLE, of van POPPEL of van SCHMITT enz. onder dergelijke omstandigheden geopereerd waren, zouden zij alle juist dezelfde verschijnselen hebben vertoond. Wij hebben dus geen recht dit geval met zekerheid tot de gevallen van tubouterine graviditeit te brengen.

Ter wille der volledigheid vermelden wij eindelijk nog de volgende als tubo-uterine geboekte gevallen van zwangerschap, waarvan ons de origineele publicatie niet ten dienste stond, of de referaten te kort waren om een oordeel te vellen, en die wij dus bij de twijfelachtige gevallen zullen brengen.

15^e geval. Het geval van MASCHKA. — Wij hebben dit geval in het leerboek van BANDL verder bij BLAND SUTTON en in verschillende leerboeken zonder nadere aanduiding ontmoet; en geven dit dan ook als curiosum weer. — Bij een van kunstmatig bij zich opgewekt hebbende abortus verdacht meisje, dat dood op haar kamer gevonden werd, was bij sectie de vruchtzak zoowel naar den kant der uterus-holte als naar de buikholte gebarsten gevonden, men vond de placenta, den kop en een deel der halswervels in de buikholte, terwijl een romp niet gevonden werd. Bij het doorzoeken der kamer van het meisje kwam deze evenwel te voorschijn.

16^e geval. RABUSSON heeft in de „Gazette hebdomadaire” 1892 een geval van tubo-uterine zwangerschap gepubliceerd. Het is ons niet mogen gelukken dit blad in handen te krijgen.

17^e geval. Eveneens heeft J. P. WIDNEY in de „Boston Medical & Surgical Journal” 1871, een geval van tubo-uterine zwangerschap meegedeeld.

18^e geval. Eindelijk heeft GOLDSCHMITT in de Wiener Med. Zeitung van 1862, die wij niet konden inzien, een geval medegedeeld onder den naam van tubo-uterine zwangerschap.

19^e geval. Het Centralblad für Gynaecologie van 1889, p. 385 refereert zeer kort een geval van BARSONY, dat in de Orvosi Hetilap van 1888 gestaan heeft, en waarbij een

ruptura uteri in den achterwand van den uterus had plaats gehad. Deze ruptuur werd eerst toegeschreven aan de manipulatie's van den verloskundige, maar door het gerechtelijk onderzoek, ingesteld door Prof. KÉRÉMENSKY, werd uitgemaakt dat het hier een ruptuur bij interstitieele graviditeit gold.

20^e geval. Ten slotte zij hier nog vermeld het geval van SCHWABE voorkomende in het „Monatschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten” van 1854. Dit is geen geval van tubo-uterine zwangerschap, wat door den auteur ook niet gezegd wordt. Evenwel noemt de schrijver dit een geval van secundaire interstitieele zwangerschap. Daaraan is het toe te schrijven, dat bijv. bij OTTO VON SCHRENCK dit geval onder de gevallen van interstitieele graviditeit geboekt staat. Neemt men aan, dat de namen „interstitieele graviditeit” en „tubo-uterine graviditeit” synoniem zijn, dan is het duidelijk, dat ook hier van „secundaire interstitieele graviditeit” geen sprake heeft kunnen zijn. Tengevolge echter van de begripsverwarring, die de talrijke benamingen aan deze soort van zwangerschap gegeven, hebben teweeggebracht, verstaat de auteur onder secundaire interstitieele zwangerschap: een zwangerschap, die primair een gewone tubaire zwangerschap: geweest is, doch waarbij in de vierde week een ruptuur van de tuba plaats vond. Het deel van den wand der tuba dat bezweek, lag dicht tegen den uterus aan, zoodat de vrucht met de baarmoeder samengroeide, en deze zelfs voor een deel, in verbinding met het overgebleven gedeelte van de tuba, secundair tot vruchtzak werd. Zoo luidt de duidelijke beschrijving, waarbij de benaming had moeten luiden „Primaire tubaire zwangerschap, secundaire abdominaal zwangerschap”, met vergroeiing der vrucht met den wand van de baarmoeder. Van een „interstitieele zwangerschap” in den zin van een ontwikkeling in den

wand van den uterus kan op deze wijze wel geen sprake zijn.

21^e geval. In het „Wiener Medicinische Wochenschrift van 1891 n^o. 44”, heeft FELSEIREICH een geval van zoo- genaamde interstitieele zwangerschap beschreven, dat wij hier zullen laten volgen, omdat noch de beschrijving, noch het bijgevoegde plaatje het overtuigend bewijs van tubo- uterine zwangerschap leveren. — Het betrof eene vrouw B., die tweemaal zonder veel bezwaren bevallen was, en daarop sinds 16 September 1881 geen mensjes meer gehad had, zoodat ze meende zwanger te zijn.

Na 6 weken traden pijnen in de linkerzijde van den buik op, vergezeld van aanvallen van flauwten. Hiervoor zocht ze hulp in het ziekenhuis te Wieden, waar zij behandeld was (zooals zij vertelde), met inwrijvingen met een gele zalf, omslagen en baden.

Toen was ook een bloeding per vaginam opgetreden, die 8 dagen geduurd had. In het begin van 1882 was patiente daarop genezen ontslagen, daar alle bezwaren verdwenen waren. Zij gaf verder nog aan in het midden van Januari, gedurende 8 weken bedlegerig geweest te zijn, wegens gewrichtsrheumatiek. Zij dacht nog altijd, dat zij zwanger was, omdat haar buik steeds in omvang toenam, en zij in Februari kindsbewegingen gevoeld had. Begin April leed zij aan herhaalde bloedingen per vaginam en lichte pijnen onder den ribbenboog. Hiervoor zocht ze den 15^{en} April hulp aan de kliniek van prof. FELSEIREICH en werd dan ook in de obstetrische en gynaecologische kliniek opgenomen. Naast de geciteerde klachten, klaagde zij ook nog over een algemeen gevoel van ziek zijn, en bleek het, dat zij koortste. 's Avonds werd de status praesens opgenomen. De vrouw had toen een temperatuur van 37.5° en 120 polsslagen in de minuut. De ademhaling was opper-

vlakkelig, hoewel aan de borstorganen geen afwijking bestond. Uit de genitaliën raakte zij een half bloedige, half wankleurige vloeistof kwijt. De buik was asymmetrisch uitgezet, terwijl noch foetale harttonen, noch placentair geruisch hoorbaar waren. Bij palpatie bleek, dat uit het kleine bekken zich een vuistgroote tumor verhief, die zich naar den rechterkant voortzette en niet bewegelijk, doch hard op het aanvoelen was. Hieraan sloot zich naar links een tweede tumor aan, die naar het linker heupbeen toe zich verhief en links tot aan den ribbenboog reikte. Aan zijn bovensten omvang was dit gezwel zeer pijnlijk. Bij inwendig onderzoek bleek het volgende: de vagina was in de lengte gerekt, en de portio vaginalis naar rechts gedrongen. Het cervicaal kanaal was voor den vinger toegankelijk. De verschuiving naar rechts was door den tumor tot stand gebracht. In chloroform-narcose werd de geheele hand in de vagina gebracht en nu kon FELSEIREICH gemakkelijk met zijn wijsvinger in de ruime baarmoederholte dringen en hierin vond hij toen een convoluut van foetale darmen volkomen vrij liggen. Na deze verwijderd te hebben, kon hij den fundus en de overige wanden gemakkelijk betasten. De rechterzijde, de fundus, de voor- en achtervlakte vertoonden geen afwijkingen. Betastte men echter de linkerzijde, dan kon de onderzoekende vinger van de linkerhand ongeveer 8 cM. boven het orificium int. in den hoek, waar de linker tuba uitmondt, gemakkelijk een opening voelen, ruim voor den vinger toegankelijk, en door scherpe randen van spiermassa's omgeven. Deze opening gaf toegang tot den tumor, die bij uitwendig onderzoek reeds aan de linkerzijde was geconstateerd en die de grootte van een manshoofd had. Daar kon nog een weeke flotterende massa geconstateerd worden, die verder niet nader te herkennen was. De

diagnose werd gesteld op extra-uterine graviditeit — waarschijnlijk tubo-uterine — met doorbraak van den foetus in de uterus-holte. Aan graviditeit in een rudimentairen uterus-hoorn werd alweer niet gedacht. Bij de reeds bestaande algemeene infectie werd van laparotomie afgezien. Na nog drie dagen gekoortst te hebben, stierf dan ook de lijdères aan pyaemie. Prof. KUNDRATH, die het cadaver seceerde, gaf als sectie-diagnose op: peritonitis septica — graviditas interstitialis sinistra subsequente colliquatio et gangraena foetus VII mensuum. — Daarop liet hij de beschrijving van den uterus cum adnexis aldus volgen: In de onderbuikstreek een uit de kleine bekkenholte naar links omhoogtrekkende tumor ter grootte van een manshoofd, en vergroeid van voren met den buikwand, van achteren met het S. Romanum en wel hier zóó innig, dat het schijnt, alsof het peritoneum van dit darmstuk op den tumor overgaat. Nadat het genitaalapparaat verwijderd was, bleek bij verdere praeparatie de tumor te bestaan in zijn rechteren voorste deel uit den tweemaal langer geworden uterus: *„der rechterseits über die Geschwulst aus gekrümmt über dieselbe gespannt ist und mit seinem Scheitel in jene Geschwulst übergeht.* De uterus-holte stond met de holte in het gezwel door een opening van een duim wijdte in verbinding. In het voorste deel van dezen zak bevond zich de placenta, in het achterste deel de vrucht. De wanden van den zak gingen continu in de wanden van den uterus over. Nadat het S. Romanum weggeprepareerd was, vertoonde zich *op den bodem der bekkenholte* de linker tuba, als een ampulla-achtige geslotene zak, die meer dan een duim dik was en met bloedcoagulum gevuld. De rechter tuba en ovarium waren in normale verbinding met den uterus, alleen maar *naar achteren en naar rechts* verdrongen.

Om zijn diagnose te staven voert KÜNDRATH het volgende aan: de directe communicatie tusschen uterus en eiholte, door het zoo kolossaal gedilateerde ostium tubae. Dan eindigt FELSSENREICH zijn verslag met de volgende zinsnede: „Charakteristisch für die vorliegende Form der Tubenschwangerschaft ist auch die Entwicklung des Fruchtsackes medial vom runden Mutterband der betreffenden Seite, wie dies in Fig. 1 sichtbar ist. Ein gleicher Verlauf des Ligament. rotund., finden wir noch bei Schwangerschaft im rudimentairen Horne bei Uterus bicornis. . . . Naar een different. diagnose tusschen ut. bicorn. en tubo-uterine zwangerschap zocht men echter te vergeefs. De communicatie toch tusschen tumor- en uterus-holte, waardoor KUNDRATH „die volle Sicherheit der Diagnose” kreeg, is evenveel bewijzend voor een rudimentairen hoorn als voor tubo-uterine graviditeit. Verder hebben wij uit de beschrijving eenige zinsneden onderstreept, die naar onze meening veel meer voor een rudimentairen hoorn, dan voor tubo-uterine zwangerschap pleiten. Vooreerst de groei van den uterus over den tumor heen, waarbij hij met zijn fundus in den tumor overgaat, komt ons alleen verklaarbaar voor, als hier aan een grooten ontwikkelden hoorn en een kleinen zwangeren nevenhoorn gedacht wordt. Dan de verhouding van de tuba aan de zwangere zijde, die beneden op den bekkenbodem gevonden wordt, waar zij zich feitelijk omhoog moest bevinden. Ook het plaatje, dat er bijgevoegd is, vertoont meer karakteristieke teekenen van bijhoornzwangerschap dan van tubo-ut. graviditeit.

In het geheel vormen deze 21 met 13 van de 15 door Dr. SIMON geciteerde twijfelachtige gevallen een serie van 34 gevallen, die geen nader oordeel toelaten. Terwijl wij dus in de 10 jaren, die na het verschijnen van Dr. SIMON's

dissertatie verlopen zijn, slechts één ontwijfelbaar zeker geval van tubo-uterine graviditeit hebben kunnen verzamelen, naast 21 gevallen, waarbij geen zekerheid te verkrijgen viel, en één geval, dat beslist geen tubo-uterine graviditeit was, daar zijn deze cijfers zeer sprekend. Toch zal men wel doen hierbij te onderscheiden en van deze 21 gevallen de 14 geciteerde gevallen af te trekken, waarbij de diagnose intra vitam gesteld is. Dat hier slechts zeer zelden een zekere diagnose te maken is spreekt vanzelf. Toch gelooven wij, dat het feit, dat sinds de vorige eeuw van de 61 gepubliceerde gevallen van tubo-uterine graviditeit slechts 17 met zekerheid tot deze rubriek gebracht kunnen worden, ook bij de diagnose intra vitam tot voorzichtigheid zal aansporen. Want waar zelfs met het praeparaat post mortem voor zich, dikwijls vergissingen zijn gemaakt, en het aantal foutieve diagnosen, dat der goede verre overtreft, daar zal men wel doen, om, waar men intra vitam symptomen vindt die op tubo-ut. graviditeit wijzen, slechts in de laatste plaats aan dezen zeldzamen toestand te denken. Men zal bij het uitspreken dezer diagnose zich de uitspraak van Dr. J. BLAND SUTTON in zijn handboek over „Surgical diseases of the ovaries and the Fallopian tubes” in de ooren moeten knooopen, waar hij zegt:

„Any attempt to put the pathology of extra-uterine gestation on a sound basis is rendered difficult by the large number of erroneous assertions. . . . they have retarded progress because it is often impossible to prove the falsity of records to specimen no longer in existence”. Na al hetgeen wij over dit onderwerp hebben nagegaan, moeten wij deze meening met volle overtuiging onderschrijven. Ons oordeel derhalve over al die trouwens meest uit Amerika mededeelde gevallen van den wonderbaarlijken afloop van tubair

zwangerschappen in uterine met afgang der vrucht „per vias naturales” is zeer sceptisch. Men vond een vrucht eenigszins schuin in de buikholte liggen, men sondeerde, dacht een leegen uterus te vinden, en de diagnose: tubo-uterine graviditeit was gemaakt. Zoo kreeg men ook een zekere basis voor een soort van therapie, die vooral aan de overzijde van den Oceaan werd toegepast. Was de diagnose: extra-uterine graviditeit gemaakt, dan galvaniseerde men. Het zal wel altijd onbekend blijven bij hoevele normaal zwangere vrouwen op die wijze abortus is opgewekt! Wanneer men op hechte wetenschappelijke basis steunt, zooals de door ons geciteerde 17 gevallen van tubo-uterine zwangerschap die opleveren, dan keert men zich van elke avontuurlijke therapie af, en — gegeven de diagnose: tubo-uterine zwangerschap, of zooals ze meest zal moeten luiden, extra-uterine zwangerschap met een ? tot welke rubriek zij wel behoort, dan is de eenige therapie, zooals die in ons geval klassiek werd toegepast. Als voorbeeld hoe naar onze meening in dergelijk geval gehandeld moet worden, en tevens als een klassiek geval van tubo-uterine zwangerschap vermelden wij dan uitvoerig ons geval:

Op den 23^{en} September 1893 werd de kliniek van Prof. TREUB binnengeleid, een vrouw, Susanna B. genaamd. Zij was gehuwd, 34 jaren oud en moeder van drie kinderen waarvan de oudste 13 jaren en de jongste 3½ jaar telde. De bevallingen waren allen zonder eenige stoornis verlopen. Ook had zij in de vrije perioden steeds regelmatig en zonder pijn gemenstrueerd. Verder had de vrouw in Dec. 1892 een miskraam van ongeveer 3 maanden gehad, welke niets bijzonders aangeboden had, daarna menstrueerde zij nog 2 maal; de laatste keer in het begin van Februari en zij geloofde sinds dien tijd zwanger te zijn. Op Pinksteren, 21

Mei. werd haar medicus Dr. K. bij haar ontboden. Deze vond haar met een kleinen pols en bleek gelaat te bed liggen. Zij vertelde hem, dat zij kalm „op haar Zondagsch” zittende, plotseling heftige pijn in den buik had gekregen, waarbij zij zoo duizelig en flauw geworden was, dat ze te bed gebracht moest worden. Een onderzoek van de buikorganen door dezen geneesheer toen reeds gedaan, bracht niets bijzonders aan het licht. Door rust en sedantia herstelde ze zeer spoedig, zoodat ze 8 dagen later het bed kon verlaten. Sinds dien tijd klaagde ze echter voortdurend over pijnen in den buik vooral aan de linkerzijde, die door de bewegingen der vrucht buitengemeen verergerden. Daar het echter een zeer indolente vrouw was, tevens potatrix, liet zij haren medicus hiervan onkundig. Eenige dagen voordat zij in de kliniek opgenomen zou worden, begon ze te vloeien en wel zoo, dat zij dacht weer te zullen aborteeren en liet Dr. K. komen. Deze onderzocht haar weer nauwkeurig en vermoedde, na alles wat hij reeds aan haar had opgemerkt en toen waarnam, dat hier buitenbaarmoederlijke zwangerschap bestond. „Pour acquit de conscience” liet hij Dr. DOORMAN den eersten assistent van Prof. TREUB ontbieden, die de diagnose van den huismedicus bevestigde, en lettende op de heftige pijnen in verband met gevaar voor ruptuur, een oogenblikkelijke opname in de kliniek van zijn hoogleeraar aanried. Dit werd aangenomen en het overbrengen geschiedde met zulk een spoed, dat de vrouw eenige uren na het consult zich reeds op de afdeeling van Prof. TREUB bevond. Ongelukkig had deze spoed de nadeelige gevolgen gehad, dat Dr. DOORMAN slechts zeer sommaire anamnestiche data van Dr. K. had gekregen, zoodat hij Prof. TREUB slechts zeer onvoldoende kon inlichten en met name het gebeurde op

Pinksteren, zelf nog niet wetende, het den hoogleeraar niet kon mededeelen.

Overigens schenen deze data daarom ook van minder gewicht, daar de diagnose bij onderzoek niet twijfelachtig was. Bij palpatie voelde men duidelijk in het linker gedeelte van de buikholte den foetus liggen, zonder eenig omhulsel. Het hoofd bevond zich op het linker heupbeen en de stuit onder den ribbenboog. Rechts van de vrucht voelde men een week lichaam, dat 2 vingerdikten boven de symphyse reikte, en dat den onderzoekenden hoogleeraar toescheen, niet anders te kunnen zijn dan de aanzienlijk vergroote uterus. — Normale hartgeruischen werden waargenomen. — De conclusie, waartoe de hoogleeraar kwam, was extra-uterine graviditeit, die operatieve tusschenkomst noodig zou maken. Daar de vrucht levend was, en voor de vrouw (althans voor het oogenblik) geen levensgevaar dreigde, besloot prof. TREUB met de operatie nog een 5tal weken te wachten, daar het gevaar voor de vrouw over 5 weken niet grooter zou zijn dan nu, en de vrucht meer kans zou hebben in het leven te blijven. Om gedurende dien tijd het gevaar voor ruptuur van den eizak zoo gering mogelijk te maken, werd verder manipuleeren van de vrouw gestaakt, en het plan gemaakt haar tot het einde van October in absolute rust te houden, dan nog eens gedurende een klinische les de vrouw volledig en zoo nauwkeurig mogelijk te onderzoeken, om ze eenige dagen daarna, een week of drie alzoo voor het vermoedelijk normale einde van hare zwangerschap, te opereeren.

Gedurende de volgende weken had patiente onregelmatige temperatuurs-verhoogingen en herhaalde diarrhoeën. Onder invloed van een lichte, voedende dieet, en toediening van sol. saleb met electuaar. cathechu werd de toestand langzamerhand beter. Voortdurend had zij echter pijn en verloor ook

van tijd tot tijd een weinig bloed. Toen prof. TREUB den 15^{en} October, de dag, die voor het volledig onderzoek bepaald was, in het ziekenhuis kwam, hoorde hij, dat de zieke gedurende den nacht, behalve hare gewone pijnen, een ander soort pijnen gekregen had, die zij als weecachtige beschreef. Deze pijnen waren onder den invloed van morphine maar weinig verminderd. De hoogleeraar onderzocht nogmaals vluchtig de patiente, bemerkte, dat de vrucht nog leefde, en dat de rechter tumor merkbaar gegroeid was. Vreezende, dat er een retroplacentaire bloeding zou ontstaan door de herhaalde contracties der baarmoeder, en aldus de vrucht zou te gronde gaan, besloot hij de operatie nog dienzelfden dag te verrichten, in plaats van eenige dagen later, zooals bepaald was. De abnormale grootte van den uterus deed aan de mogelijkheid van een complicatie denken. Had de hoogleeraar de volledige anamnestiche data gehad, zooals wij die hierboven hebben aangegeven, dan had hij ook zeker aan de mogelijkheid van een gebarsten interstitieel zwangere baarmoeder gedacht. Nu uit de anamnese van een ruptuur niets bleek, werd dit ook niet vermoed.

Nadat de vrouw gechloroformiseerd was, overtuigde zich Prof. TREUB, door den vinger in de baarmoeder-holte tot voorbij het orificium intern. te brengen, dat de baarmoeder leeg was. Toen bleek hem tevens, dat het rechter gezwel samenhang met den baarmoederhals, een eironden vorm had en zich onder de palpeerende hand samentrok. Het gezwel was een weinig kleiner dan een kinderhoofd.

Had de hoogleeraar ook maar eenig vermoeden op een ruptura uteri kunnen hebben, en dan aan een interstitieele graviditeit gedacht, hij zou beproefd kunnen hebben het geheel naar onderen in het kleine bekken verloopende ovarium met de bijhoorende tuba aan de gezonde zijde te

betasten, en het constateeren van deze deelen geheel omhoog aan de linkerzijde, zou voldoende geweest zijn de diagnose: tubo-uterine graviditeit zekerheid te doen worden. Want zooals ook verder zal blijken, de linker tuba liep aan den linkerkant geheel omhoog, terwijl de rechter tuba geheel naar boven liep. Nu werd echter verder de aard van den tumor in het midden gelaten en onmiddellijk tot de operatie overgegaan.

Het operatie-veld werd op de gewone wijze geprepareerd, de vagina schoongemaakt met een phenol oplossing, die tot 20° verwarmd was, en verder met jodoformgaas getamponneerd. Een mediane incisie gemaakt, die van de symphysis tot 2 cM. onder den navel verliep. Nadat eenige lagen van den buikwand gekliefd waren, werd een wankleurige membraan zichtbaar, die waarschijnlijk het peritoneum was. In het midden der incisie werd voorzichtig een gaatje gemaakt en de buikholte was geopend. — Geen droppel vloeistof werd in de peritoneaal-holte gevonden. Naar boven werden eenige adhaesies met het net gevonden. Deze werden met den vinger losgemaakt. Daarna werd het peritoneum naar boven toe, tot aan het eind der incisie gekliefd.

Naar beneden toe, was het peritoneum verdikt door een stevige membraan of liever, zooals men later bemerkte, een pseudomembraan, die zich gemakkelijk liet afpellen. De peritoneaal-opening werd daarop tot de symphyse verlengd. De wondranden werden van elkaar gehouden en nu bleek, dat het kind geheel vrij, zonder eenige omhulling tusschen de darmen lag. Het werd bij een knie, die zich presenteerde, geëxtraheerd, de navel afgebonden en de kleine aan een assistent gegeven. Het kind was asphyctisch en herstelde door de gewone middelen spoedig en werd in de couveuse gebracht.

Daar er geen haemorrhagie was, kon Prof. TREUB den buik op zijn gemak onderzoeken. Eerst moest hij eenige adhaesies van het net met den voorsten buikwand losmaken, en toen een verdikt en ontstoken stuk net reseceeren.

Rechts van den wond bevond zich de tumor, die als baarmoeder werd gediagnostiseerd. Op de grens van het mediane en voorste gedeelte bevond zich een opening ter grootte van een handpalm. De randen van deze opening waren hard en littekenachtig. De laterale wand van dit gat was aan den wand van het abdomen vastgekleefd. Deze adhaesies werden gemakkelijk verscheurd. Geheel de achtervlakte van den tumor werd geformeerd door adhaesies met de ingewanden die zich in de rechterhelft van het abdomen bevonden en met den rechter buikwand. Zij werden gemakkelijk losgescheurd.

Nu kon men den tumor uit de buikholte laten komen. Prof. TREUB constateerde in de eerste plaats, dat de linker adnexa normaal, maar met eenige oude coagula bedekt waren, die eene vuile bruine kleur hadden. Zij hechtten zich ook op de normale plaats aan den uterus vast, maar waren geheel naar beneden gericht. Ten tweede, dat de tumor één geheel uitmaakte met den rechter uteruschoorn, die geheel en al naar boven gericht was en dat er geen afscheiding tusschen den tumor en den uterus bestond.

Ten derde, dat op de laterale zijde van het gezwel zich het distale deel van de verdikte tuba ter hoogte van de crista ilei bevond. Daardoor was het rechter ligament. lat. zeer aanzienlijk naar boven gekeerd. Er bestond dus met zekerheid tubo-uterine zwangerschap waarbij een ruptuur had plaats gevonden.

De geheele holte van het uitgezette interstitieele gedeelte

was met de placenta gevuld; links van de opening bevonden zich kleine franjes van flotterende foetale membranen. Het linker ligament werd met zijde afgebonden en lateraal van het ovarium afgesneden. Het rechter ligament was zoo breed, dat er twee ligaturen gemaakt moesten worden. Mediaanwaarts werd het ligament doorgesneden. Er werd een elastische ligatuur om den hals van de baarmoeder aangelegd en de uterus supravaginaal geamputeerd. Eenige oude bloed-coagula, die zich in het rechter gedeelte van het cavum Douglasii bevonden, werden weggenomen, tevens werd een lapje van de pseudo-membraan, die zich links van den buikwand bevond, ter microscopisch onderzoek geamputeerd.

De darmen, waartegen het kind gelegen had, speciaal het colon descendens, hadden een vuile, geel grijze kleur, alsof ze met een mengsel van vernix caseosa en meconium waren ingesmeerd. Maar de oppervlakte was glad en glanzend zooals bij een gezonden darm, en er waren geen adhaesies, noch tusschen de darmen, noch tusschen darmen en peritoneum parietale. Nadat de verschillende stompen en het rechter achterste deel van het peritoneum parietale waren gejdodoformiseerd, werd de buik met zijden hechtingen gesloten en het gewone verband aangelegd.

Het kind was klein. Het was 41 cM. lang, de heupen 7.4 cM. en de schouders 7.8 cM. breed. Het woog 1.7 Kilo.

De maten van het hoofd waren :

diam. fronto-occipit. 9 cM. diam. bipariet. 8 cM.

diam. mento-occipit. 10.8 cM.

Den eersten dag beproefde men te vergeefs het door een andere kraamvrouw van de inrichting te doen zoogen. Den volgende dag kreeg het de flesch (Soxhlet).

Den 18^{en} October braakte het een weinig, nadat het

gedronken had en aspireerde een deel van de gevomeerde melk.

Oogenblikkelijk werd deze uit de trachea gezogen door een elastieke sonde. De adembaling bleef evenwel zwak en het kind stierf eenige uren daarna — 50 uren ongeveer na de operatie.

De vrouw ontwaakte goed uit de narcose. Ze braakte zelfs in het geheel niet. Na een morphine-injectie sliep zij 's avonds rustig in.

Den volgenden morgen klaagde ze over een geringe pijnlijkheid in de rechter liesstreek. Een ijsblaas werd daar geapliceerd en 's middags een glycerine-spuitje gegeven, waarna zij een geringe hoeveelheid harde faeces ontlaste. Tegen den avond kreeg ze hevige krampen in den buik met verhoogde temperatuur (38°). Tong bleef vochtig, geen meteorismus was aanwezig, alleen bij een geringen druk, gevoeligheid rechts in de buikholt. 10 milligr. morphine werd geïnjecteerd, na eenige uren nog eens herhaald, waarna ze rustig insliep. Den volgenden dag was de temperatuur vrijwel normaal en klaagde patiente nog over geringe pijnlijkheid in de rechter liesstreek, doch reeds veel minder. Geringe temperatuursverhoogingen ('s avonds 37.8) bleven de volgende 19 dagen bestaan, hoewel patiente zichtbaar in kracht en beterschap toenam. De wond genas per primam. Den 2^{en} November werd patiente veroorloofd het bed te verlaten. Sinds eenigen tijd was echter opgevallen, dat zich een zwelling in de linker liesstreek bevond, die schijnbaar grooter geworden was. De zwelling voelde elastisch aan, was naar boven en naar beneden te begrenzen. Patiente had er echter geen last van en wilde niet, dat er iets aan gedaan werd. De zwelling werd niet grooter, terwijl de gezondheidstoestand van patiente van dien aard was, dat zij den 6^{en} Nov. 1893 genezen ontslagen werd.

Aan het versche praeparaat kon TREUB constateeren, dat het eitje zich meer naar de tuba dan naar den uterus had ontwikkeld. Dit verklaart dan ook, waarom de bloeding bij de ruptuur niet sterk geweest was.

Wat ons bij het beschouwen van het spiritus-praeparaat dadelijk opvalt, is de eigenaardige verhouding van voor- en achtervlakte van het praeparaat. Die vlakte, welke door Prof. TREUB als voorvlakte beschreven en met den buikwand vergroeid was, terwijl zich daar tevens de ruptuur bevond, is feitelijk de achtervlakte van het praeparaat. Behalve de draaiing om een horizontale as van bijna 90° , die de fundus had ondergaan, was deze baarmoeder ook nog in haar geheel gedraaid om haar verticale as en zelfs meer dan 90° , want de stand van de achtervlakte was zoo, dat deze in hoofdzaak naar links en even naar voren gericht was, terwijl de voorvlakte naar rechts en even naar achteren lag. Wat de oorzaak van dezen eigenaardigen draai geweest is, die wij bij geen ander geval van tubo-uterine zwangerschap hebben aangetroffen, is ons een raadsel. Mogelijk, dat zij het gevolg van abnormale fixaties van uterus of tubae geweest is.

De grootste lengte van uterus en tumor bedraagt 19 cM. (a.) Deze is genomen van het punt, waar de snee vlakte den linker zijwand der baarmoeder treft, tot den hoogsten top van den tumor. Deze maat wordt dus gevormd door de eigenlijke breedte van den uterus + de lengte van den tumor. Deze breedte bedraagt 9 cM. (b) zoodat voor de lengte van den tumor in deze richting 10 cM. overschiet. Dit is echter niet de grootste lengte van het gezwel. Wanneer men n.l. een lijn trekt van het punt, waar links de tumor in den uterus overgaat in schuinsche richting naar rechts en naar boven, dan meet deze lijn $14\frac{1}{2}$ cM. (d) als uitdrukking

van de grootste lengte van den tumor. Hieruit blijkt dus, dat de tumor zijn grootste uitgebreidheid naar rechts en naar boven heeft.

De lengte van den uterus, gemeten n.l. van de plaats waar de snee vlakke den rechterwand der baarmoeder treft, tot het overgebleven deel van den fundus uteri, bedraagt 10 cM. (c.) Deze maat stelt dus ook de fictieve basis voor, waaruit de tumor als het ware is voortgegroeid. De grootste breedte nu van den tumor in deze richting bedraagt 11 cM. en dat wel op de plaats der ruptuur. Hieruit blijkt dus, dat, ofschoon, zooals Prof. TREUB bij het versche praeparaat opmerkte, het ei zich meer naar de tuba, dan naar de baarmoeder toe heeft ontwikkeld, de tumor nooit „polypachtig” is gaan woekeren, en nooit neiging vertoond heeft om noemenswaard breeder te worden dan zijn matrix, de zijwand van den uterus.

De plaats, waar het amputatievlak den linkerkant van den uterus snijdt, ligt op een afstand van 7 cM. van de linker insertie van de tuba (f) (linkerzijde).

De afstand van de insertie van de rechter tuba tot de plaats, waar het amputatievlak den rechterzijwand van den uterus snijdt, bedraagt 12 cM. Deze maat stelt dus de eigenlijke rechterzijde van den uterus voor, die aanzienlijk veel langer, bijna tweemaal zoo lang is, als de linkerzijde.

De afstand van de tubae bedraagt 15 cM. Deze maat stelt dus de kolossale verlenging van den fundus voor. De lengte van het niet in den tumor opgenomen deel van den fundus bedraagt 5 cM.

Het is hier de plaats om — naar aanleiding van deze maten, te wijzen op een frappante fout, die in de „half schematische” teekening van Dr. SIMON voorkomt, door hem van het praeparaat van RUGE gemaakt. Voor een ieder is

het toch duidelijk, dat niet alleen de zwangere zijde bij tubo-uterine graviditeit een kolossale verlenging moet ondergaan, doch ook de fundus, voornamelijk voor zoover hij aan de vorming van den tumor deelneemt, in deze verlenging moet deelen. Volgens de teekening en de beschrijving, die Dr. SIMON van zijn praeparaat geeft, komt de verlenging *alleen* op rekening van de zwangere zijde en blijft dus de afstand van de tubae nagenoeg gelijk. Dit nu is bij zuivere tubo-uterine zwangerschap een onmogelijkheid. Zijn voorstelling gaat in dit opzicht juist aan het tegenovergestelde euvel mank, als die van CARUS. Deze geeft de afbeelding zóó, en tevens de beschrijving, alsof de tumor zich uitsluitend uit dat deel van den fundus zou ontwikkeld hebben, dat aan het zwangere tubo-uterine stuk der tuba grenst. Bij CARUS zou de geheele verlenging op rekening komen van den fundus — dus van den afstand der beide tubae, die Dr. SIMON alleen op rekening van de zwangere zijde, dus van den afstand der tubo-uterine insertie aan den grootsten kant tot de portio vaginalis aldaar.

Beide meeningen zijn, zooals duidelijk door onze maten aangetoond wordt, valsch.

De dikte der zijwanden geeft de volgende verhoudingen:

Het dunst is de linker zijwand: $2\frac{1}{2}$ cM. Dikker is de fundus, die van links naar rechts gaandeweg in dikte toeneemt: gemiddeld $2\frac{3}{4}$ cM.

Het dikst is de rechter zijwand: 4 cM. Deze is weer het dikst op de plaats waar hij in den tumor overgaat: $4\frac{1}{2}$ cM.

De dikte van den wand van den vruchtzak is zeer verschillend. In het algemeen het dikst daar, waar hij in den baarmoederwand overgaat en het dichtst naar de scheur toe, varieerend van papierdun tot $1\frac{1}{2}$ cM.

De scheur aan de achtervlakte heeft een ovale gedaante

met onregelmatig ingesneden rand. De lengte bedraagt 7, de breedte 6 cM. De uterus is geamputeerd in een vlak, dat een weinig schuin van links beneden naar rechts boven verloopt. De beide wanden loopen van dit grondvlak zeer sterk divergeerend naar boven, alsof ze door een er tusschen gedrongen wig uit elkaar gedreven zijn, de rechterwand schuin naar boven en naar rechts, de linker schuin naar boven en naar links, tot daar waar de linkertuba afgaat. Hier begint de fundus, die een stompen hoek met den linker zijwand maakt, zóó, dat hij in plaats van in horizontale richting, schuin naar rechts en naar boven loopt, om zich in den tumor voort te zetten. De rechter zijde blijft in bovengenoemde richting voortloopen, en gaat zoo in den tumorwand aan deze zijde over, die tot nagenoeg den top deze richting houdt. Denkt men zich, om ons beeld van zoo even te voltooien, een wig in een uterus geslagen, juist op de plaats, waar de rechter tuba in den uterus insereert, dan zullen de fundus met linkerzijde aan den eenen en de rechterzijde aan den anderen kant juist ongeveer zoo uit elkaar wijken als in ons praeparaat. De wig nu wordt hier voorgesteld door de groeiende vrucht met het sterk gegroeide, omgevende weefsel. Van de plaats, waar het overgeblevene stuk fundus in den tumor overgaat, tot daar waar de rechterzijde zich in den tumor voortzet, is een ondiepe groeve merkbaar, de grens tusschen gezwel en baarmoeder ongeveer aanduidende. De tumor is nergens noemenswaard breeder dan de basis, die $10\frac{1}{2}$ cM. bedraagt. Alleen op de plaats, waar de scheur zich vertoont, is de breedte 11 cM. Hier en daar zijn sporen van pseudo-membranen merkbaar. Aan de achtervlakte, die bij de vrouw met den buikwand vergroeid was, alzoo naar voren lag, bevindt zich de ovale van franjes voorziene scheur, waaruit de afgebonden foeni-

culus hangt. Zij geeft toegang tot een holte, die geheel opgevuld met de placenta en koepelvormig van gedaante is. Naar het binnenste deel van dien koepel trekt de fœniculus die van alle zijden door groote lobben placentair weefsel omgeven is. De lengte van de linker tuba bedraagt $7\frac{1}{2}$ cM. Zij is voor een fijn haar toegankelijk, dat tot in de baarmoeder gevoerd kan worden.

De lengte van de rechter tuba bedraagt 12 cM. waaruit dus duidelijk blijkt, dat de geheele tuba van de zwangere zijde aan den meerderen groei deelneemt. Het was ons niet mogelijk een haar door de tuba heen te voeren. Op coupes bleek zij dan ook geheel gesloten. Ten slotte valt aan de achterzijde nog het verschil in de insertie's tusschen tubae op. Links grenzen de inserties der tuba en de stomp van het linker ligamentum rotundum onmiddellijk aan elkaar, terwijl rechts de afstand van de insertie der tuba tot den stomp van het ligamentum rotundum 4 cM. bedraagt. Trekt men een horizontale lijn van linker insertio tubae naar rechts en eveneens een van de rechter insertio tubae naar links, dan bedraagt de afstand van deze beide evenwijdige lijnen $7\frac{1}{2}$ cM. als de juiste uitdrukking van de mate van scheefheid van dezen uterus. Zoo meenen wij uit deze beschrijving met absolute zekerheid te hebben aangetoond dat het hier geldt een geval van tubo-uterine graviditeit, en uit onze critiek over de in de litteratuur aangegeven gevallen blijkt, dat dit het eenige geval is, van ontwijfelbaar zeker geconstateerde tubo-uterine graviditeit, dat met succes is behandeld en geopereerd; alsmede het eenige geval van primaire tubo-uterine graviditeit, waarbij een levende vrucht ter wereld kwam. Voorwaar een groot succes en dat voornamelijk hieraan te danken was, dat op het juiste oogenblik de juiste therapie werd aangewend. En dat deze alleen

in de laparotomie kan bestaan is klaar. Een ieder, die een dergelijken uterus met een dergelijken tumor gezien heeft, zal wel van het absoluut nuttelooze van een galvanischen stroom overtuigd zijn. Stel, dat in de derde maand vóór de ruptuur men hier een interstitieele zwangerschap vermoed had, dan zou, indien hier een electriche stroom was geapplianceerd, deze alleen in het uiterste geval de vrucht gedood en ruptuur in de buikholte veroorzaakt kunnen hebben.

Na het constateeren van abdominaal zwangerschap evenwel, zou er zelfs bij geen Amerikaan van electriche prikkels meer sprake zijn. Dat hier deze therapie op het juiste oogenblik kon worden toegepast, vond zijn oorzaak in de omstandigheid, dat patiente zich in een kliniek bevond, waar dus op elk oogenblik de voorzorgsmaatregelen voor een aseptische operatie getroffen konden worden. Dat in den tijd vóór het aseptisch en antiseptisch opereeren, dergelijke lijderessen reddeloos verloren waren, spreekt van zelf. Zoo beschouwden dan ook al de auteurs van MAURICEAU af tot op ROSSHIRT en BAART-DE-LA-FAILLE toe, elke therapie in deze gevallen volkomen hopeloos. C. G. CARUS drukt in zijne dissertatie die in 1843 verscheen dit standpunt aldus uit:

„.... et hic certe iactura sanguinis in cavum abdominis cum symptomatibus sequentibus sola causa et gravissima (mortis) est, et illa arte nostra *fugari non posse constat*. En ROSSHIRT schreef terzelfder tijd: dass die Laparotomie (bei extra-uterine Gravidität) nicht angezeigt sei, da ich überzeugt war weder Mutter noch Kind zu retten.” BAART-DE-LA-FAILLE noemt eindelijk elke therapie in deze gevallen „hopeloos” en ziet enkel heil in het spontaan tot staan komen der mogelijke bloeding met afsterven en

evacuatie der vrucht, langs darm of blaas, of in lithopedionvorming. Zelfs SCHWABE schreef in 1854 nog: die Prognose war schlechteste, da weder durch innere, noch äussere Mittel die Blutung gestillt noch dass ergossene Blut entfernt werden konnte."

Na 1870 zien wij, met de resultaten van het anti-septisch opereeren, ook voor de laparotomie meer en meer verdedigers opkomen. Toch schreef JOCKWER nog in 1877 „Wenn die Ruptur mit ihren Folgen eingetreten, so sucht man die innere Blutung durch Auflegen von Eisblasen auf den Leib, Compression der Aorta zu stillen, und den Collaps durch Excitantien zu verhüten Dan volgt ten slotte een voorzichtig: „Vielleicht wird es auch möglich sein, durch Laparotomie die Entfernung des Blutes und Unterbindung der Blutenden Gefässe mit folgender Drainage den sonst fast immer tödtlichen Ausgang abzuwenden, jaselbt die Heilung anzubringen.

Zelfs Dr. SIMON stelde in zijn dissertatie, die in 1885 verscheen, de prognose als absoluut letaal — ofschoon hij als therapie toch ook laparotomie aangeeft. Na dien tijd zijn echter een groot aantal gevallen van extra-uterine graviditeit gediagnosticeerd en geopereerd, en brak zich de idee, „een extra-uterine graviditeit *moet* geopereerd worden" steeds meer baan. Toch kon SCHWARTZ in 1888 behalve het door hem in 1886 geopereerd nog maar één geval noemen, in de duitsche litteratuur bekend, waar bij geopereerde extra-uterine graviditeit de vrouw in het leven was gebleven. Toch zette hij zich toen reeds schrap voor laparotomie en verdedigde hij het standpunt van WERTH, die den extra-uterinen vruchtzak als een maligne nieuwvorming beschouwde, en uit principe dezen zoo snel mogelijk wilde verwijderen. „Für den einzig richtigen und der Höhe

unserer Wissenschaft entprechenden Weg hierzu betrachte ich die Laparotomie," zoo vervolgt hij. De behandeling met electropunctuur, met punctie en medicamenteuse vloeistoffen in den vruchtzak, noemde hij een „Streifen an Dilettantismus."

In hoofdzaak is het standpunt der laatste jaren het ware gebleken. In zoover alleen heeft ons geval geleerd, dat men nog een hooger standpunt kan innemen, door de vrucht niet te beschouwen als een malignen tumor, maar als een tweede levend wezen, welks belangen naast die van de moeder men niet uit het oog mag verliezen.

In de eerste maanden zij men dus met de diagnose van tubaire of tubo-uterine graviditeit uiterst voorzichtig. Twijfelt men, dan is opname in een kliniek, indien zulks mogelijk is, zeer gewenscht. Komt men dan in de eerste maanden der zwangerschap, vóór nog ruptuur is ingetreden, met zekerheid tot de diagnose: extra-uterine graviditeit, dan is oogenblikkelijk de laparotomie aangewezen. De groeiende vrucht toch is een voortdurend, ontzettend gevaar voor de moeder, terwijl men nu in de voordeeligste positie is, om te opereeren. Daarbij komt, dat de kansen van het vruchtje om voldragen te worden, zeer klein zijn. Dat voor deze operatie de kliniek de aangewezen plaats is, spreekt van zelf. Dat men echter, stel het geval, dat men geroepen wordt bij een geval van ruptuur van een extra-uterine vruchtzak, waarbij vervoer naar eene speciale inrichting onmogelijk wordt, niet moet aarzelen ook daar de het leven reddende laparotomie te verrichten, is onze innige overtuiging. De gevallen in den laatsten tijd gepubliceerd, waarbij in een half uur, zelfs sub finem vitae een ziekenkamer tot operatie-kamer voor een laparotomie werd vormd, waarin met succes geopereerd werd, zijn bekend.

Wij herinneren uit de door ons geciteerde gevallen slechts aan dat van BERNAYS.

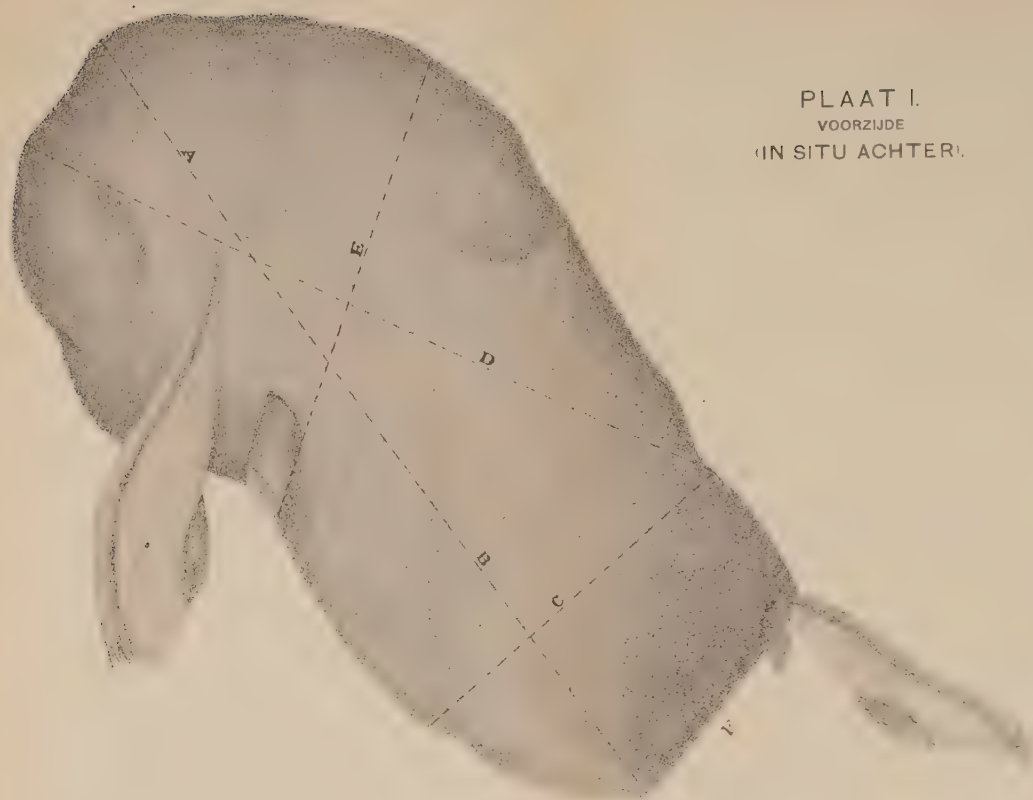
Toch zal in de meerderheid der gevallen een dergelijk haastig optreden niet geïndiceerd zijn. Bij opkomende ruptuur gebeurt toch in den regel een van deze twee zaken: of de ruptuur is van dien aard, dat de vrouw oogenblikkelijk doodbloedt, en dan komt men bijna zeker te laat, of de bloeding is van dien aard, dat men met absolute bedrust, ijs en opium kan afwachten. Komt onder deze omstandigheden de bloeding tot staan, dan verkeert de vrouw voor de latere laparotomie onder de meest gunstige omstandigheden. Heeft nu deze ruptuur plaats gehad in de eerste maanden der zwangerschap, dan is, nadat de vrouw van de onmiddellijke gevolgen van het bloedverlies hersteld is, om boven aangegeven reden in elk geval oogenblikkelijk operatief handelen aangewezen.

Hoe echter te handelen, indien men in het midden van de zwangerschap de diagnose: extra-uterine zwangerschap stelt. Dit zijn juist de gevallen, waarbij het standpunt door prof. TREUB in ons geval ingenomen, tot richtsnoer moet dienen, d. w. z. dat naast die van de moeder, de belangen van het kind ook nu meêtellen. Wij hebben hier dus rekening te houden met deze twee gevallen: een levende of een doode vrucht. Kan beslist geconstateerd worden, dat de vrucht dood is, dan achten wij het standpunt van WERTH het eenig ware: dan is dat doode voorwerp slechts een gevaar voor de moeder, dat zoo spoedig mogelijk verwijderd dient te worden. Indien beslist geconstateerd kan worden, dat de vrucht leeft, zooals in ons geval, of indien geen zekerheid mogelijk is, dan achten wij de afwachtcnde houding aangewezen; evenwel liefst na opname der patiente in een inrichting, waar oogenblikkelijk, indien gevaar

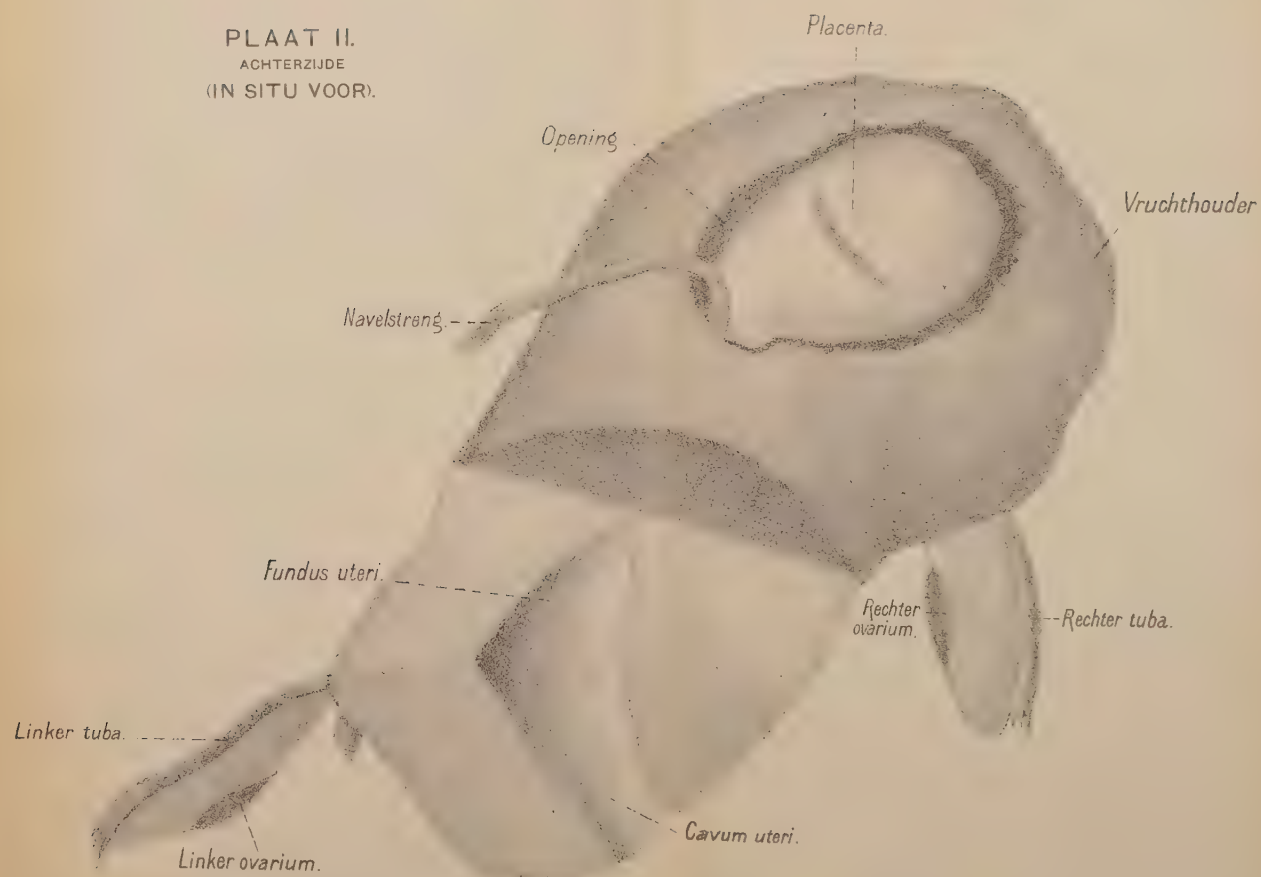
dreigt, hulp kan geboden worden. Deze „gewapende" (TREUB) afwachtende houding kan worden volgehouden tot er gevaar dreigt voor het voortbestaan der moeder of dat der vrucht. In het eerste geval toch wordt het leven van de moeder bedreigd en daarna tevens dat der vrucht, terwijl in het tweede geval een vervroeging der operatie, die toch moet plaats hebben, voor de moeder geen meerder bezwaar oplevert. Treedt geen ernstig gevaar voor de moeder of voor de vrucht op, dan is de laparotomie een of twee weken voor het berekend einde der zwangerschap aangewezen.

Zoo ernstig wikkende en wegende, rekening houdende met de beide levens, die aan ons zijn toevertrouwd, en waarbij het ontkiemende leven door zijne ontwikkeling op een abnormale plaats het moederlijk voortbestaan bedreigt, op het juiste oogenblik handelende, zal het mogelijk zijn het schoone resultaat te verkrijgen, dat in ons geval door Professor TREUB is bereikt, dat èn de moeder èn het kind door een gelukkige, tijdige operatie behouden zijn — waar nog voor een twintigtal jaren èn moeder èn kind ten dood waren gedoemd. — Wel is in dit geval door een van de operatie onafhankelijke oorzaak het kind gesuccombeerd, doch een ander door prof. TREUB geopereerd geval van extra-uterine graviditeit, waarbij het kind wel degelijk is blijven leven en op dit oogenblik een 7-jarig gezond knaapje is, bewijst de mogelijkheid van het behoud van het leven der moeder, zoowel als dat van het kind.

PLAAT I.
VOORZIJD
(IN SITU ACHTER).



PLAAT II.
ACHTERZIJD
(IN SITU VOOR).



STELLINGEN.

STELLINGEN.

I.

Het verkleinen der levende vrucht is een moord, die bij het tegenwoordig standpunt der obstetrie door niets gerechtvaardigd wordt.

II.

Een candidaat-arts behoort — vóór hem het arts-diploma gegund wordt — bewezen te hebben, dat hij geheel vertrouwd is met al de omstandigheden, die bij sectio caesarea kunnen optreden, zoodat hij volkomen in staat is, in de praktijk zelf die operatie te verrichten.

III.

De diagnose: „tubo-uterine graviditeit” is onder sommige omstandigheden intra vitam met zekerheid vast te stellen.

IV.

Het gebruik van den antrophoor is de meest rationeele therapie bij acute zoowel als bij chronische gonorrhoe.

V.

Er behoorde aan onze universiteiten een afzonderlijke cursus gegeven te worden over: „geneeskunst te plattenlande”.

VI.

Asepsis te plattenlande is onmogelijk.

VII.

Tubair zwangerschap van drie à vier maanden kan niet per vias naturales eindigen.

VIII.

Het behoort niet tot de onmogelijkheden, dat bij tubo-uterine zwangerschap de vrucht per vias naturales wordt geboren.

IX.

De teekening, die Dr. SIMON van het geval van RUGE geeft, is onjuist.

X.

Indien een parturiens gedurende eenige uren krachtige weeën heeft, en het ostium uteri als een peesachtige rand voor het hoofd voelbaar blijft, die zich niet noemenswaard verwijdt, dan is incisie van dezen rand aangewezen.

XI.

De „hollandsche watervrees” (PEL) is een voorname oorzaak van de periodieke neus- en luchtpijp-katarrhen hier te lande.

XII.

Het gemakkelijkste en beste middel ter bestrijding van vetzucht is het rijwiel.

XIII.

Bij het behandelen van etterende wonden is voldoende drainage van veel grooter belang dan het applicceeren van antiseptische middelen.

XIV.

Bij kunstmatige voeding van zuigelingen staat een verdund mengsel van room en melk op de eerste plaats.

XV

Het inwendig onderzoek bij een parturiens behoort zooveel mogelijk te worden beperkt.

XVI.

Het irrigereen van de vagina vóór den partus is een kunstfout.

